

PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUSQUE
SECRETARIA DE SAÚDE



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Praça das Bandeiras, 77 - Centro
CEP: 88350-051 - Fone: (47) 3251-1833
www.brusque.sc.gov.br



GESTÃO 2009 - 2012

Prefeito Municipal: Paulo Roberto Eccel

Vice Prefeito: Evandro de Farias

Secretário de Saúde: Luis Fernando Sanni

Coordenador de Saúde Bucal: Edison Luiz Estevão Filho

COLABORADORES:

Kátia Simone Gesser Estevão

Jeison Alexandre

Jerry Jean Kirschner

Rosana Gama Martins

Marcelo Galina Bolzan

Lucas Guilherme Rauber

Sônia Schindler

Larissa Alves Bohaienko

Valdir Severino

Marise Bortoluzzi Santos

Paulo Roberto Panko

Daniela Cela

Ana Maria Costa

Carlos Eduardo Maluche

Carina Maria Lyra

Dênia Empinotti

André Carneiro

Murilo Moritz

João Sedrez

Rômulo Vieira Mello

Ingrid Ellen Baron

Praça das Bandeiras, 77 - Centro
CEP: 88350-051 - Fone: (47) 3251-1833
www.brusque.sc.gov.br

1. OS PRINCÍPIOS

A Atenção Básica na Estratégia Saúde da Família tem por objetivo a implementação da vigilância à saúde, por meio de um conjunto de ações individuais e coletivas, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos a saúde.

A Unidade de Saúde é a porta de entrada para os serviços de saúde e a Estratégia Saúde da Família busca construir novos processos de trabalho voltados às famílias, valorizando a intersectorialidade e o controle social.

O reconhecimento do território, a identificação das famílias de risco, a apropriação das condições socioculturais, dos costumes e da experiência histórica da comunidade social local possibilitam a compreensão da causalidade das doenças e a proposição, de maneira multidisciplinar e multiprofissional, da atenção adequada à comunidade.

A habilidade no manejo de situações clínicas: o profissional de saúde da família deve ser capacitado para responder a situações mais frequentes que afetam a saúde da população. O comprometimento com a pessoa e não com a doença, vendo além da queixa referida, entendendo as pessoas em sua própria realidade.

O profissional deve tratar e não simplesmente atender, uma vez que, tratar significa compreender o contexto da doença pessoal e social. Perceber, não apenas um evento isolado, mas preocupar-se com o significado da doença, para o paciente e sua família, informando e orientando as pessoas no desenvolvimento de habilidades para lidar com seus próprios problemas, encarando cada momento como uma oportunidade de promover saúde.

A habilidade clínica deve ser desenvolvida através do conhecimento baseado na melhor evidência científica disponível, portanto, a busca pelo conhecimento e informação deve ser constante na equipe de saúde bucal; O atendimento deve ser resolutivo, no âmbito da competência da Unidade de Saúde, especialmente quando se tratar de situações clínicas frequentes.

Quando o profissional se depara com problemas como mancha branca, sulco escurecido ou tratamento expectante deve ter habilidade no manejo clínico e segurança para esperar que o quadro se defina, e não intervir, pois seu atendimento pressupõe ações contínuas e não pontuais.

A equipe de saúde bucal deve trabalhar sobre uma base territorial, com mapeamento das micro áreas a serem prioritariamente atendidas, levando em conta a condição de exclusão social na comunidade. Desta forma, serão definidas as famílias de risco, as quais deverão ser monitoradas pela equipe de saúde bucal, garantindo-lhes acesso e proteção.

Outro fator a ser considerado é que a equipe de saúde deve ter iniciativa e criatividade, para impactar a realidade social e epidemiológica da população atendida.

Desta forma, deve-se trabalhar com dinâmicas familiares, informando, orientando e negociando responsabilidades com os integrantes da família, visando a recuperação e a manutenção da saúde, bem como estratégias preventivas. Estabelece-se, assim, uma relação de troca/cumplicidade entre equipe/indivíduo/família.

A relação equipe/paciente é alvo central na Estratégia Saúde da Família, entendendo-a como o comprometimento da equipe multiprofissional com os indivíduos e famílias e não com a doença.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir as principais doenças bucais (cárie dentária, doença periodontal e câncer de boca) em dentes decíduos e permanentes;
- Recuperar a forma e função do sistema estomatognático;
- Desenvolver um programa de educação e orientação para gestantes incluindo conhecimentos básicos para a prevenção das doenças bucais de maior prevalência;
- Programar as ações assistenciais às gestantes e crianças de zero a 12 anos, incluindo o tratamento restaurador atraumático (ART) e a reabilitação neuroclusal.

3. ESTRATÉGIAS PARA A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

- A equipe de saúde bucal deve conhecer as micro áreas de risco e realizar o mapeamento por ciclo de vida, num mapa dinâmico e legendado, tendo como base os dados demográficos socioeconômicos, cultural, meio ambiente e morbimortalidade coletados através do cadastramento;
- Acompanhar as famílias das micro áreas de risco em todos os contextos, ou seja, em suas casas (visita domiciliar), na Unidade de Saúde (atendimento), em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias, auxiliando na busca por uma melhor qualidade de vida para a comunidade;
- Estabelecer a programação das atividades clínicas, assistenciais enfatizando ações de promoção de saúde, a partir dos problemas priorizados e dos objetivos a serem atingidos;
- Identificar a presença de atividade de doença (mancha branca ativa, cárie aguda, mais de 20% do periodonto comprometido) para os integrantes das famílias das micro áreas definidas como risco social;
- Realizar ações de cunho preventivo (coletivo/individual) de educação e reabilitadoras às pessoas com risco social. Para as pessoas com atividade de doença, além das ações citadas, o enfoque reabilitador, deve ser prioritário, conforme orientações a cada grupo, utilizando o conceito de ciclo de vida, com enfoque diferenciado, sem perder o foco de referência de seus núcleos familiares;
- Utilizar o Genograma, adaptado para odontologia, como ferramenta para melhor conhecimento das famílias;
- Prestar assistência clínica odontológica através de: atendimento programado, atendimento à urgência e extra clínica.

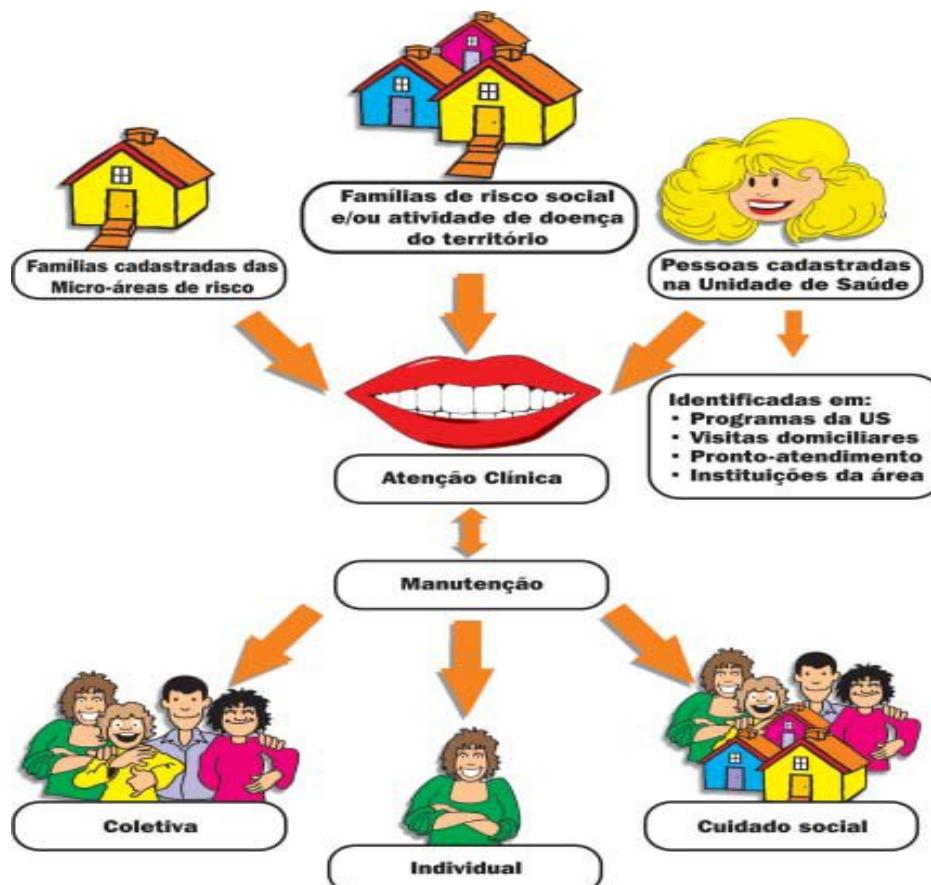
A manutenção das famílias de risco social

Cuidado social: as famílias que estão em situação de risco social, devem ter um acompanhamento contínuo pela equipe responsável pela micro área, com o objetivo de manter o vínculo estabelecido e de promover a saúde bucal, estimulando o autocuidado.

A manutenção das famílias e pessoas com atividade de doença

- Manutenção coletiva: os integrantes de famílias e de grupos priorizados com atividade de doença bucal devem ser acompanhados pela equipe em seus domicílios e/ou instituições, onde deverão ser desenvolvidas atividades de informação, orientação e controle das doenças bucais, com base no perfil familiar, previamente analisado;
- Manutenção individual: realizada na clínica odontológica, quando constatada a necessidade de realização de intervenções clínicas.

ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA NO PSF



4. O ATENDIMENTO PROGRAMADO

O Atendimento Programado caracteriza-se por um conjunto de ações clínicas e de promoção de saúde, ofertadas de forma planejada a grupos priorizados. É a sistematização do processo de trabalho da equipe de saúde bucal, com o objetivo de identificar os problemas, dentro dos princípios da odontologia integral, visando à promoção, proteção, recuperação ou a reabilitação do indivíduo no seu contexto social.

Este atendimento se destina à clientela cadastrada do território, que deve ser priorizada através de agendamento para realizar o tratamento odontológico necessário. O atendimento programado recomendado deve ocupar, em torno de 50 % do tempo clínico.

Os critérios para a programação das clínicas odontológicas:

- Pessoas integrantes dos grupos priorizados: gestantes, bebês, crianças até 12 anos, idosos, diabéticos e hipertensos (nesta ordem, prioridade decrescente);
- A seleção de uma ou mais micro áreas, considerada como de risco social, na sua área de abrangência;
- A identificação do grau de atividade da doença - mancha branca ativa, cárie aguda, mais de 20% do periodonto comprometido;
- As pessoas em situação de risco social devem ter acompanhamento contínuo pela equipe responsável pela micro área, através de atividades que promovam a saúde bucal e estimulem o autocuidado;
- Para as pessoas com risco social associado à atividade de doença, além das ações citadas, o enfoque reabilitador deve ter caráter prioritário;

A manutenção da saúde bucal:

Ações que monitoram a aquisição ou desenvolvimento da capacidade de autocuidado pelos usuários, além da identificação precoce de novos problemas bucais, reforçando a educação em saúde garantindo co-responsabilidade da relação profissional/paciente no processo de controle das doenças e na manutenção do estado de saúde.

A manutenção para pessoas e grupos com atividade de doença acontece de duas maneiras:

- Manutenção Coletiva: realizada nas instituições (escolas, creches) e demais espaços de convivência social dos grupos prioritários, através de diferentes técnicas e procedimentos que controlem a doença, mantendo a saúde bucal (instrução de higiene oral – IHO - escovação supervisionada e aplicação de flúor);
- Manutenção Individual: realizada na clínica odontológica, quando constatada a necessidade de realização de intervenções clínicas.

5. O ATENDIMENTO À URGÊNCIA

Visa eliminar e/ou controlar a dor de qualquer pessoa, cadastrada ou não, que demande atendimento. Após a finalização do atendimento de urgência, conforme o procedimento realizado, o paciente deve ser orientado para dar continuidade ao tratamento, no agendamento programado, ou encaminhado à especialidade quando necessário;

- Caracteriza-se pela livre demanda;
- Destina a atenção clínica à queixa principal do usuário;
- Deve ser realizada a avaliação inicial, pelo Cirurgião Dentista, para determinar a ordem de atendimento, baseada em critérios técnicos, clínicos, pré-definidos;
- Sempre que possível orientar para o autocuidado, estabelecendo a relação de co-responsabilidade profissional/paciente.

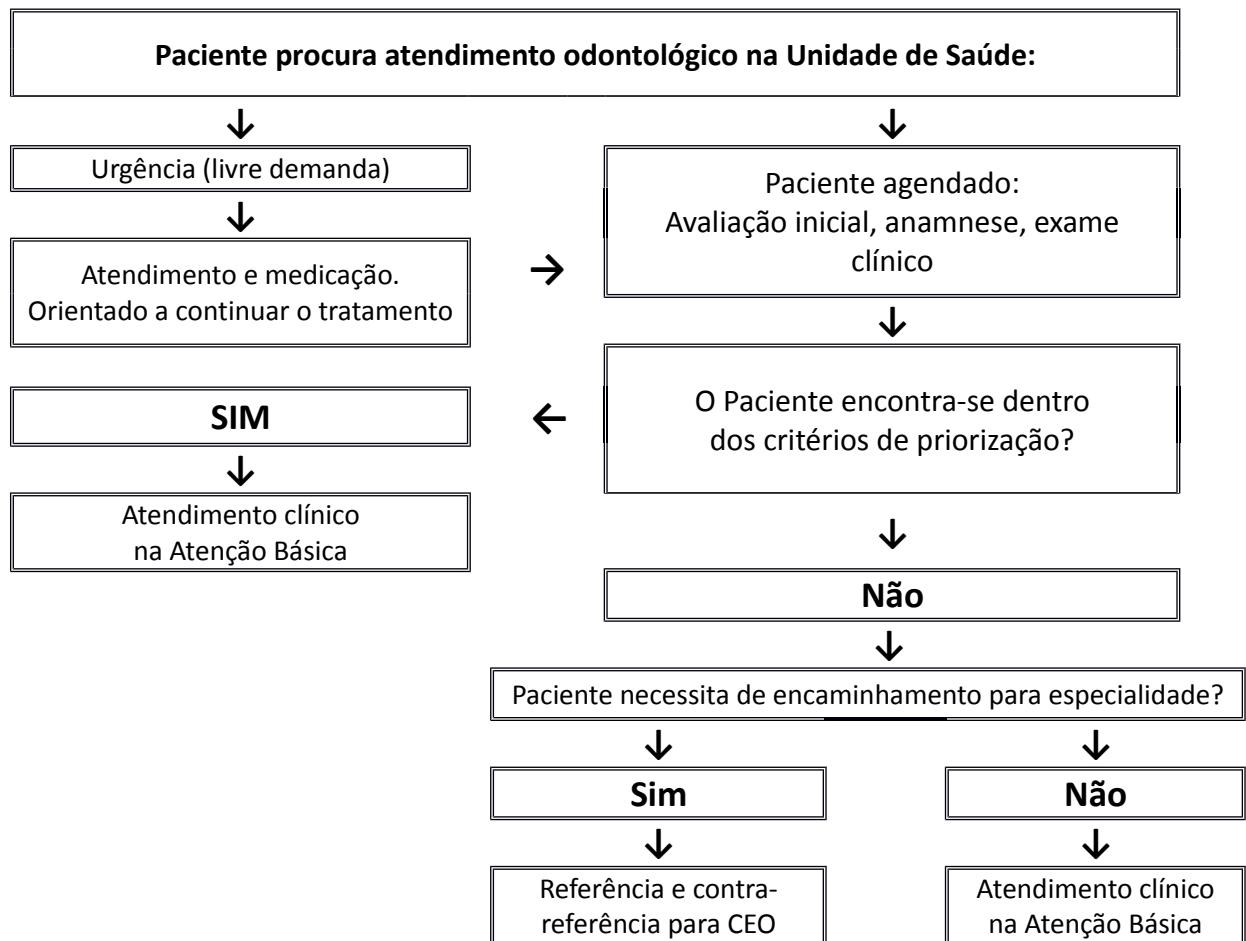
São considerados procedimentos de urgência:

- Eventos hemorrágicos;
- Eventos que exijam supressão da dor ou controle de episódio infeccioso, tais como: pericoronarites, pericementites, alveolites, drenagem de abcesso, processo periodontal agudo (grande mobilidade dentária), pulpite;
- Eventos traumáticos como reimplantes dentários;
- Restauração estética NÃO é considerada urgência;
- Dor espontânea, intensa e pulsátil.

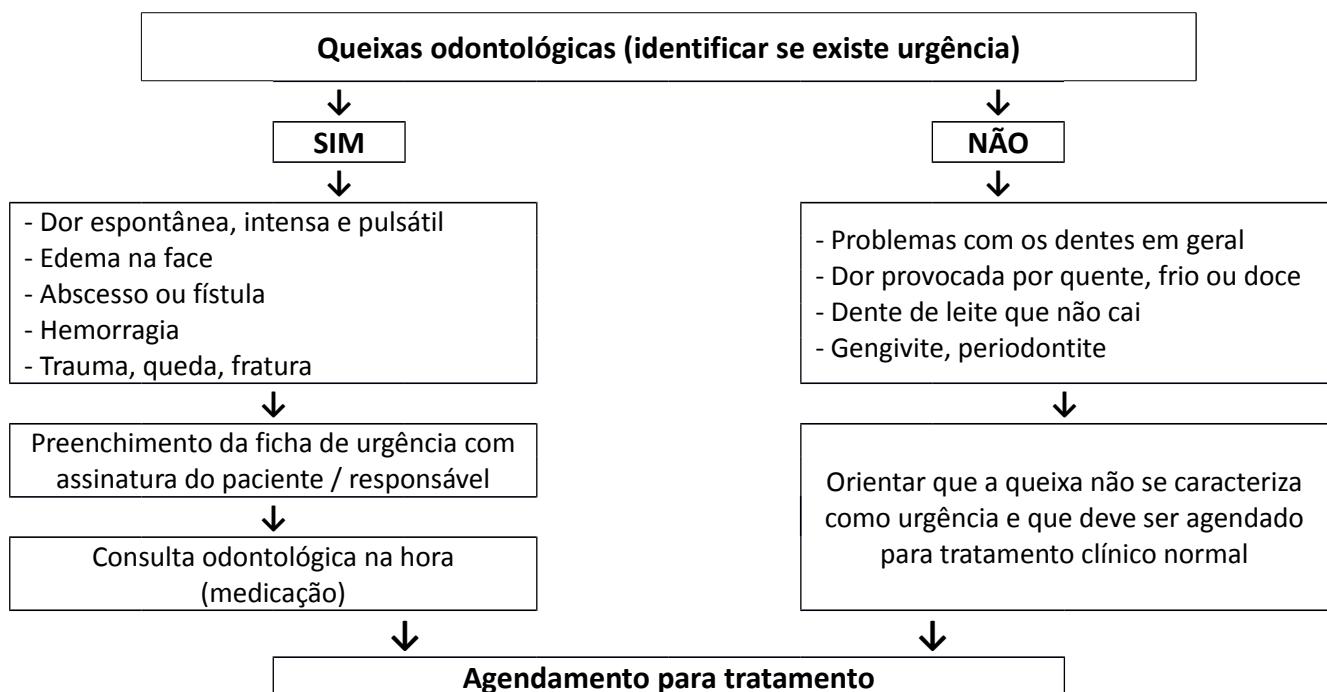
Os critérios de priorização são:

- Dor, sangramento e abcessos dento-alveolares;
- Grupos prioritários: gestantes, bebês, crianças até 10 anos, idosos, pessoas com deficiência;
- Presença e intensidade da doença.

FLUXO DO ATENDIMENTO



Fluxo de atendimento de queixas odontológicas



6. A DOENÇA CÁRIE

É uma doença multifatorial, infecciosa e transmissível.

Fatores contribuintes incluem a presença de bactérias acidogênicas como o *Streptococcus mutans*, pH salivar ácido, dieta rica em carboidratos refinados, principalmente os açúcares, presença de superfícies dentais susceptíveis e higiene bucal deficiente.

“Janela de infectividade da cárie dentária”: a contaminação e a transmissibilidade precoce em bebês podem ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos entre a mãe e a criança, tais como beijos na boca, uso comum de talheres e hábitos de limpar a chupeta colocando-a na boca do adulto e oferecendo-a para a criança. Segundo Caufield et al. 1993, a colonização do *S. mutans* na cavidade bucal de crianças confirma ser a saliva materna o principal veículo de transmissão, sendo a intensidade desta, proporcional ao nível desses micro-organismos na saliva materna. Esses mesmos autores denominaram o período que vai dos 19 aos 31 meses de idade, com média de 26 meses, a JANELA DE INFECTIVIDADE DA CÁRIE DENTÁRIA na dentição decídua, procurando relacionar com o fato das mães desfrutarem de frequentes e íntimos contatos com seus filhos nesse período. No Brasil, porém, a janela de infectividade é mais precoce; segundo Granarô, 1996, a cárie atinge um número mais elevado de crianças, por hábitos inadequados de dieta (alto consumo de açúcar) e higiene bucal deficiente. De acordo com Svanberg, 1978, as escovas dentais podem apresentar-se altamente contaminadas pelo *S. mutans* após o seu uso e assim permanecer por algum tempo, podendo assim servir de meio de transmissão interindividual da doença. Como um reforço da hipótese de ser a cárie uma doença transmissível de mãe para filho, outros estudos demonstraram uma relação positiva entre a experiência de cárie da mãe e a de seu filho, sugerindo deste modo que um bom preditor do risco de cárie de uma criança seja o valor do C P O S modificado de sua mãe. Também, Tuuti et al. 1989 e Figueiredo et al., 1996, observaram uma relação positiva entre a experiência de cárie das mães e a de seus filhos. Tanto que Alaluusua e Renkonen, em 1983, relevam a importância de se orientar as mães sobre os meios de infecção da cárie e sugerem que todas as medidas preventivas adotadas nas mães refletirão na ausência ou no retardamento da infecção dos seus filhos pelos *S. mutans*.

A segunda janela de infectividade ocorre com a erupção dos primeiros molares permanentes, por volta dos 5 a 6 anos de idade.

A presença de flúor, em baixa concentração, na cavidade bucal, interfere de forma positiva no mecanismo de desmineralização e remineralização do esmalte dentário, prevenindo o aparecimento de lesões de cárie e até paralisando lesões iniciais.

“Cáries rampantes”: podem ocorrer em crianças a partir da erupção dos primeiros dentes, em decorrência de aleitamento noturno (o leite materno também é cariogênico), uso de mamadeiras adoçadas com açúcar ou mel, consumo de balas, pirulitos, bolachas, salgadinhos, etc.

O risco à cárie dentária é reduzido mediante a exposição frequente a baixos níveis de flúor (água de abastecimento público, cremes dentais), mediante dieta equilibrada e o rompimento do biofilme bucal durante a escovação.

1ª ETAPA - Identificação da atividade de doença:

- Paciente com atividade de doença:
 - Presença de cárie ativa - amolecida, esbranquiçada, úmida;
 - Paciente sem atividade de doença:
 - Mancha branca inativa - brilhante, lisa, endurecida, cor escura.

2ª ETAPA:

- Educação em saúde;
- Escovação orientada;
- Adequação do meio;
- Fluorterapia.

3ª ETAPA - Tratamento reabilitador: dentística, exodontia, encaminhamento a especialidade.

4ª ETAPA - Manutenção periódica.

7. A DOENÇA PERIODONTAL

A gengivite – inflamação dos tecidos gengivais ao redor do dente é reconhecida como primeiro estágio da doença periodontal. Está presente já nas crianças de 5 anos e adolescentes (em torno de 5% aos 5 anos e 17% aos 12 anos). É reversível, com uma boa higiene bucal, mediante a remoção do biofilme que se forma na superfície dental.

A doença periodontal é uma doença infecciosa, e resulta do desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção dos dentes, com padrões variáveis de progressão. São fatores de risco má higiene bucal, diabetes, fumo, imunodepressão e stress.

A doença periodontal tem sido relacionada como fator de risco para doenças cardíacas e renais e mostrou ser um forte preditor de óbito por doença cárdio-renal em pessoas com diabetes tipo 2, segundo estudo recente em grupo de norte-americanos nativos.

A doença Periodontal tem sido associada ao aumento do risco de partos prematuros e gestação de crianças de baixo peso.

A periodontite juvenil é uma das formas mais severas da doença, acometendo cerca de 0,13% de crianças entre 7 a 15 anos de idade, envolvendo a região de incisivos, principalmente inferiores e região de primeiros molares permanentes.

1ª ETAPA - Identificação da atividade de doença: Paciente com atividade de doença - 20% do periodonto comprometido, sangramento gengival, presença de placas visíveis;

2ª ETAPA:

- Educação em saúde;
- Escovação orientada;
- Controle de placa;
- Fluorterapia;
- Raspagem supragengival.

3ª ETAPA – Tratamento: Periodontia, exodontia, encaminhamento à especialidade.

4ª ETAPA - Manutenção periódica.

8. O CÂNCER BUCAL

1ª ETAPA: Motivação e autocuidado;

2ª ETAPA - Identificação do paciente de risco:

- Idade superior a 40 anos;
- Sexo masculino;
- Tabagistas crônicos;
- Etilistas crônicos;
- Má higiene bucal;
- Desnutridos e imunodeprimidos;
- Portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal;
- Consumo excessivo e prolongado de chimarrão (água fervendo);
- Encaminhamento para Média Complexidade (CEO) e Alta Complexidade (hospital)

3ª ETAPA - Tratamento na Especialidade: Conservador e/ou cirúrgico.

4ª ETAPA - Monitoramento na Unidade Básica de Saúde;

Outras intercorrências importantes

Traumatismo dentário:

A abordagem do traumatismo em dentes decíduos e permanentes deve enfocar a prevenção, o atendimento de urgência, o tratamento do trauma e das repercussões para a dentição decidua e permanente.

O trauma pode afetar as crianças na mais tenra idade, com prevalência que pode chegar a 35%, já nos dentes decíduos. Os dentes mais afetados são os incisivos superiores devido a sua posição mais anterior na face, o trauma pode atingir mais de um elemento dental, sendo mais frequentes as lesões em tecido periodontal.

O tipo de oclusão e falta de proteção labial, segundo vários autores, predispõe aos traumatismos de dentes ântero-superiores. Assim, a primeira prevenção é iniciada com a orientação dos hábitos de sucção da criança, incentivando o aleitamento materno e evitando o hábito da sucção de chupeta, do polegar e mamadeira, prevenindo as maloclusões e alterações miofuncionais, como protrusão dos incisivos superiores e falta de selamento labial, que facilitariam o trauma dos dentes ântero-superiores.

Pode-se distinguir o traumatismo dental em lesões nos tecidos duros do dente e lesões nos tecidos de suporte, sendo que é mais comum, na dentição decidua o trauma em tecido periodontal e na permanente em tecido dental; isto pode ser explicado pelo osso da criança ser mais resiliente levando a um maior número de deslocamentos do que fraturas dentais nos dentes decíduos.

Tipo de traumatismo e conduta:

- Trinca ou fratura incompleta do esmalte deve ser acompanhada ou em caso de sensibilidade indica-se fluorterapia;
- Fratura de esmalte pode ser restaurada ou caso não comprometa a estética, lixada e aplicado flúor;

- Fratura de esmalte e dentina: deve-se proteger a dentina o quanto antes e restaurar preferencialmente na mesma sessão;
- Fratura de esmalte e dentina com exposição pulpar indica-se tratamento endodôntico e reabilitação coronária;
- Fratura corono-radicular: normalmente compromete a estrutura radicular necessitando de exodontia e reabilitação protética futura;
- Fratura radicular no nível apical e médio sem deslocamento e sem mobilidade da porção coronária deve ser acompanhada; com mobilidade e/ou com deslocamento deve ser reposicionada e tratada como luxação lateral (contenção e acompanhamento); a fratura cervical normalmente leva a exodontia do dente; em alguns casos pode-se remover o fragmento coronário e manter o fragmento radicular fazendo pulpectomia/pino/coroa;

O atendimento dos traumas das estruturas periodontais envolve reparação do organismo do paciente e para isto o atendimento imediato é essencial.

As orientações básicas para casos que tenham lesado estruturas periodontais são:

- Manter a área limpa: caso não seja possível fazer a higiene com a escovação, usar gaze e solução anti-séptica (por exemplo: água oxigenada ou solução a base de clorexidina);
- Manter a região em repouso: não morder na região; ter uma alimentação pastosa, morna; não usar chupeta e mamadeira;
- Concussão ou subluxação: o tratamento consiste nas orientações para repouso da região e limpeza, acompanhamento clínico e radiográfico;
- Luxação extrusiva e lateral com deslocamento de posição: o indicado é o reposicionamento e a contenção, em casos de mobilidade média e grande, uma vez que a recuperação das fibras periodontais é auxiliada com a contenção;
- Intrusão: O dente intruído tem uma capacidade de reerupção muito grande, desde que este trauma não tenha afetado a integridade da região, como por exemplo, a destruição do alvéolo. Nos casos de intrusão deve-se fazer um exame clínico cuidadoso de palpação no fundo de sulco para verificar a possibilidade de fratura da tábua óssea vestibular pelo impacto da intrusão do ápice do dente, exame radiográfico oclusal modificado e lateral. Com esses exames pode-se instituir uma conduta inicial que normalmente é a espera em 15 a 30 dias pela reerupção passiva. Deve-se alertar ao responsável para a remoção de hábitos de sucção, dieta pastosa, limpeza com gaze embebida em água oxigenada, ou outra solução anti-séptica, até que se possa utilizar a escova. Caso o dente intruído lese o permanente, o decíduo deve ser removido; normalmente isto ocorre quando o dente intrui na direção palatina. Caso contrário tem grande potencial para reerupcionar totalmente de 3 a 6 meses;
- Intrusão de dente decíduo: quando a raiz do dente decíduo rompe o processo alveolar está indicada sua extração;
- Na avulsão de dente permanente o procedimento consiste em reimplantar o dente caso o mesmo possa ser localizado. Lembrar que o dente deve ser seguro pela coroa nunca pela raiz e que não deve ser friccionado durante a limpeza que deverá ser feita com soro fisiológico ou água corrente. Quando não for possível o reimplante, por falta de condições essenciais para que obtenha resultados satisfatórios devido ao tempo decorrido do trauma, meio de estocagem do dente, condições para realizar a contenção, entre outras, a reabilitação protética é a solução.

Uso de piercings

Várias complicações decorrentes do uso do piercing têm sido relatadas na literatura:

- Dor e edema são as complicações mais comuns decorrentes do procedimento. O edema relacionado ao piercing lingual poderá comprometer as vias aéreas superiores;
- Sangramento prolongado e/ou parestesia pode ocorrer se a perfuração na língua não coincidir com a linha média (paralelamente a esta passa os feixes vascúlo – nervoso lingual);
- Fratura dental, trauma à mucosa, gengiva e palato também são comuns. O usuário tem o hábito de brincar com a jóia ou mesmo o simples ato da mastigação pode causar dano aos tecidos adjacentes;
- Interferência na mastigação e deglutição, hipersalivação e dificuldades na fala são relatadas pelos autores, mas os usuários afirmam não ter problemas deste tipo;
- Pode ocorrer transmissão de doenças como hepatite e HIV, dentre outras, pois os locais onde são feitas as perfurações nem sempre apresentam as condições mínimas de biossegurança;
- Outras complicações descritas na literatura são: aspiração da jóia, incorporação de corpo estranho no local da perfuração, formação de cálculo na superfície do metal, obstrução de imagens radiográficas, hipersensibilidade ao metal;

A promoção da saúde

A atual visão de promoção de saúde é abrangente, superando a prática corrente que entende a promoção de saúde apenas como ações voltadas à mudança de comportamento e prevenção das doenças. Esta visão implica reconhecer que o objeto de atuação dos profissionais de saúde bucal constitui-se em três vertentes; a recuperação dos danos causados pelas doenças bucais, a aplicação de métodos de prevenção e o repasse de informações para o autocuidado e manutenção da saúde. O preparo dos profissionais de saúde bucal em práticas e atitudes que os ajudem neste processo é prioritário, integrando-os à equipe de saúde. Dispondo de conhecimentos abrangentes e participando das questões mais amplas da comunidade, como por exemplo: educar e informar as pessoas sobre os efeitos da dieta, do fumo, do consumo de álcool e, sobre o processo saúde/doença contribuiremos para que os indivíduos tenham um estilo de vida mais saudável;

Práticas de educação em saúde têm sido tradicionalmente desenvolvidas como parte de ações de atenção em saúde. Entretanto, estas práticas, muitas vezes, têm como base o enfoque individual dominante do modelo preventivo de educação em saúde, centrado na reprodução de padrões de comportamento que deveriam ser assumidos pelas pessoas para evitar doenças. Assim, frequentemente pessoas são caracterizadas como culpadas por não fazerem as mudanças apropriadas, embora mudanças de comportamento pessoais sejam reconhecidamente difíceis de serem alcançadas, sobretudo para pessoas submetidas a situações de privação social e material;

As áreas de atenção incluem higiene bucal, consumo de açúcar, uso de fluoretos e de serviços de atenção em saúde bucal preventivos;

Em alguns dos estudos avaliados foi possível observar ganhos em resultados como, conhecimentos, higiene bucal e melhora no sangramento gengival, porém estes tiveram um impacto mínimo sobre atitudes e medidas objetivas de doença;

Várias atividades de promoção de saúde bucal têm sido conduzidas de forma efetiva por setores não ligados diretamente à saúde e incorporadas a rotinas diárias e ambientes, como escolas. Há evidências de expansão de efeitos a outros membros da família a partir destes espaços sociais;

9. ATIVIDADES EDUCATIVAS

- Visam o repasse de informações e/ou orientações sobre cuidados com a saúde bucal;
- Podem ser realizadas dentro ou fora da Unidade de Saúde;
- Para a execução destas atividades a equipe deve:
 - Realizar atividades de promoção de saúde;
 - Realizar procedimentos educativos conforme códigos vigentes da tabela do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA), e códigos de procedimentos da tabela da SMS;

Na Unidade de Saúde: Utilizar o tempo de espera dos usuários para o atendimento: atividades educativas e / ou ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 (dez) participantes e duração mínima de 30 (trinta) minutos, desenvolvidas nas dependências da Unidade de Saúde. OBS: mínimo de 10 (dez) e não a cada 10 (dez) participantes;

Nas Instituições, Escolas e Creches: Atividades educativas sobre ações de promoção e prevenção à saúde, em grupo, mínimo de 10 (dez) participantes e duração mínima de 30 (trinta) minutos, desenvolvida na comunidade, fora da Unidade de Saúde. OBS: mínimo de 10 (dez) e não a cada 10 (dez) participantes.

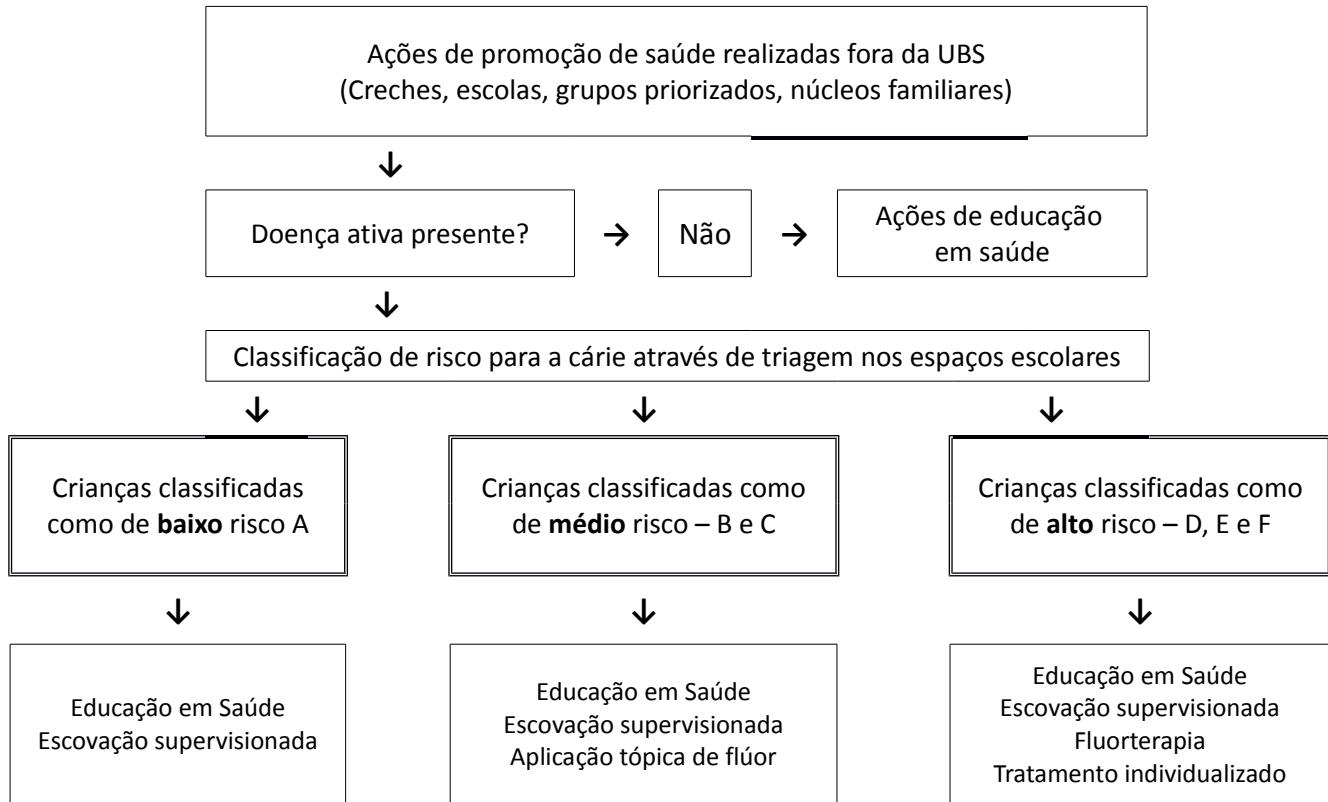
10. PROCEDIMENTOS COLETIVOS

Conjunto de procedimentos de educação em saúde e prevenção em saúde bucal, de baixa complexidade, que dispensa equipamentos odontológicos. Os procedimentos descritos abaixo devem ser realizados de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir método e frequência para o acompanhamento de grupos populacionais, previamente identificados, que devem ter acompanhamento durante todo o ano:

Educação em saúde e atividades educativas realizadas, no mínimo trimestralmente, enfatizando os cuidados com a saúde bucal (controle da placa bacteriana, uso do flúor através da água de abastecimento e métodos tópicos, dieta, desenvolvimento orofacial, aleitamento materno); Fluorterapia, bochechos fluorados realizados com solução de fluoreto de sódio ao longo do ano. Pode ser utilizado outro método alternativo, como flúor gel na escova, moldeira, pincelamento ou outras formas dependendo da faixa etária a que se destina, e a situação epidemiológica do grupo. A periodicidade da fluorterapia é condicionada à atividade de cárie.

Higiene bucal supervisionada compreende: evidenciação da placa bacteriana e escovação supervisionada.

FLUXOGRAMA DE AÇÕES COLETIVAS EM SAÚDE BUCAL NOS ESPAÇOS SOCIAIS



O atendimento nas especialidades odontológicas

Preenchimento correto da referência e contra-referência

- Nome e telefone da UBS que está encaminhando;
- Preencher todos os campos da ficha de referencia e contra-referencia;
- Nome e carimbo do profissional;
- Nome, endereço, telefone e equipe de referência do usuário;
- História clínica do paciente e os procedimentos realizados pelo CD na UBS;
- Toda medicação em uso pelo paciente

O termo de **CONTRA-REFERÊNCIA** sempre deve ser preenchido e enviado por malote pois o paciente pertence a Unidade Básica de Saúde

11. ENDODONTIA

Motivos de encaminhamento:

- Biopulpectomia
- Necrose pulpar

Responsabilidade por nível de atenção:

Básica:

- Resolver a situação de emergência do usuário e monitorá-lo (medicação e troca de curativos) enquanto o mesmo aguarda agendamento no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO;
- Realizar bom selamento;
- As pulpotorias deverão ser realizadas no âmbito da Atenção Básica, inclusive nos casos de rizogênese incompleta com vitalidade pulpar;
- Antes de encaminhar o usuário ao CEO, o dentista da UBS deverá verificar o potencial de reversão do processo patológico, realizando proteção pulpar direta ou indireta e/ou pulpotomia, aguardando período para acompanhar e avaliar a vitalidade pulpar;
- Encaminhar apenas dentes permanentes, mono, bi ou multiradiculares com acesso irrestrito. Que tenham condições de receber restauração não precisando de prótese fixa (não encaminhar dentes que tenham grande destruição coronária);
- Remover toda a cárie do dente a ser tratado e verificar as condições de receber isolamento absoluto, caso seja necessário, encaminhar previamente para a periodontia para a cirurgia de aumento da coroa clínica;
- Estabelecer diagnóstico diferencial entre dor de origem endodôntica ou periodontal e, se possível, medicar o paciente antes de encaminhá-lo ao serviço especializado, para que o dente não apresente o quadro de drenagem de abscesso ou processo fistuloso, no momento do tratamento;
- Não existe a obrigatoriedade de todos os pacientes encaminhados, apresentarem tratamento odontológico concluído, porém, o paciente deve apresentar todos os dentes com adequação do meio bucal, remoção de focos de infecção, terapia periodontal básica realizada, inclusive com orientações de higiene bucal;
- Endodontia de dentes decíduos encaminhar para Odontopediatria.

Contraindicações:

- Dentes com destruição coronária infra ósseas e / ou muito extensa;
- 3ºs molares (exceto em casos que o paciente tenha perdido o primeiro ou segundo molar e que tenha havido mesialização do terceiro molar);
- Dentes com mobilidade acentuada, intrusão, ou com mais de 2/3 de extrusão por perda do antagonista;
- Dentes que tenham a raiz com menos de 1/3 de inserção óssea;
- Não serão realizados retratamentos endodônticos.

Média:

- Tratamento endodôntico em dente com polpa viva;
- Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade;

Justificativa para encaminhamento: complexidade do procedimento.

Anamnese

Realizar anamnese detalhada, com registro de dados pessoais e da situação geral de saúde, incluindo a história médica pregressa e a história de doenças/agravos na família, cuja determinação ou influência genética é importante; verificar o uso de medicações; avaliar o motivo do encaminhamento e aspectos que influenciam o problema; identificar e tentar minimizar as possíveis ansiedades ou medos em relação ao atendimento, esclarecer dúvidas e/ou questões apresentadas pelo usuário, etc.

Exame clínico extrabucal

É realizado por um conjunto de inspeção, palpação e avaliação funcional da forma facial, pele facial, tecidos faciais, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço, articulação temporomandibular. É essencial verificar a presença de nódulos, abscessos ou edemas.

Exame clínico intrabucal

Avaliar tecidos moles, exame dental e exame periodontal observando os seguintes aspectos considerados essenciais:

- Presença de mobilidade dentária;
- Condições da coroa clínica;
- Se houve aplicação de curativo de demora;
- Se houve remoção da cárie dentária;
- Presença de abaulamento periapical;
- Se há presença de fistula ou pus.

Exames complementares

- Radiografia periapical;
- Radiografia panorâmica;
- Hemograma Completo;
- Coagulograma;
- Glicemia.

Condutas em caso de urgência/emergência

- Retirada do selamento coronário para descompressão;
- Irrigação com soro fisiológico ou água de cal;
- Renovação do curativo de demora (associação corticoide-antibiótico);
- Aplicação de novo selamento coronário;
- Medicação sistêmica, se necessário.

Preservação

- Durante dois anos, com avaliação semestral, através de exame clínico e radiográfico.
- Deverá ser feita no próprio CEO ou na UBS, conforme a pontuação local.

Procedimentos endodônticos convencionais:

• Tratamento endodôntico em dentes com polpa viva

Tratamento endodôntico em dentes permanentes que sofreram extirpação da polpa dental que apresentava vitalidade. Deve ser feito o fechamento hermético do canal radicular, impedindo a instalação de processo infeccioso, possibilitando o selamento biológico apical e contribuindo para a manutenção do elemento dentário na arcada.

Terapia medicamentosa:

- Uso tópico: associação corticoide-antibiótico, por exemplo: hidrocortisona + neomicina + polimixina B (Otosporin), como medicação intracanal.
- Uso sistêmico: analgésico (paracetamol 500-750 mg) em intervalos de 4 horas e/ou anti-inflamatórios não esteroidais, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.
- Antibioticoterapia:

Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfoadenopatia regional, leucocitose e neutrócitose); presença de imunodepressão. Esquemas de administração: penicilina V (500.000 UI), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias ou amoxicilina (500 mg), VO, em intervalos de 8 horas por 7 dias ou eritromicina (250 mg), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias ou claritomicina (250 mg), VO, em intervalos de 12 horas por 7 dias.

• Tratamento endodôntico em dentes com polpa sem vitalidade

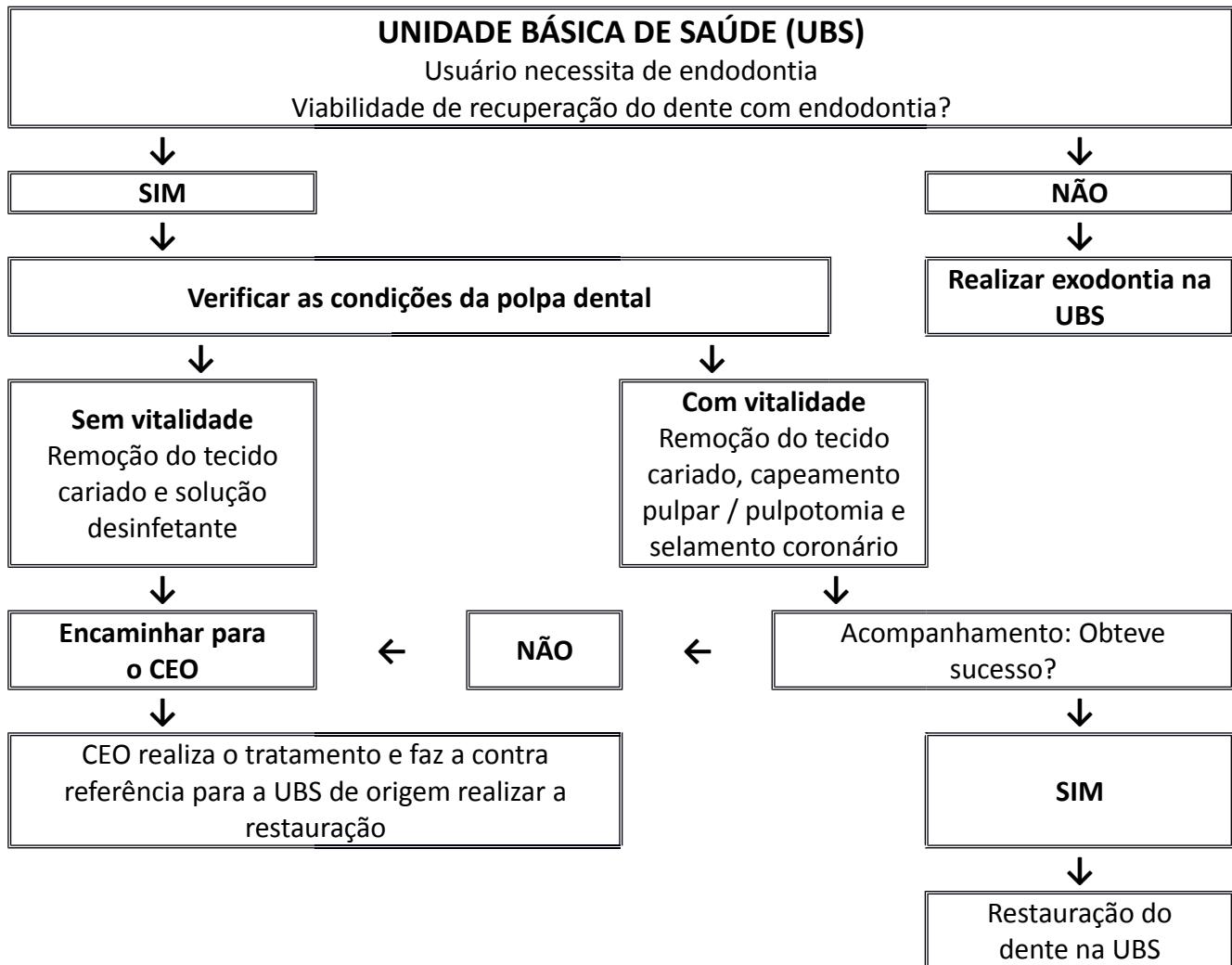
Tratamento endodôntico em dentes permanentes que não apresentam mais vitalidade devido à necrose do tecido pulpar. Deve ser feito o saneamento do sistema de canais radiculares e posterior fechamento hermético do canal radicular, impedindo a reinstalação de processo infeccioso, possibilitando o selamento biológico apical e contribuindo para a manutenção do elemento dentário na arcada.

Terapia medicamentosa:

- Uso tópico: tricresol formalina/paramonoclorofenol com nitrofurazona (2 mg)/pasta de hidróxido de cálcio (curativo de demora) => de acordo com a técnica empregada pelo profissional;
- Uso sistêmico: prescrição de analgésico (paracetamol 500-750 mg) em intervalos de 4 horas e/ou anti-inflamatório não esteroidal, em intervalos de 6 e 8 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação.

- Antibioticoterapia:

Indicações: ineficácia da conduta cirúrgica para solução do processo; acometimento de tecidos moles vizinhos; comprometimento sistêmico (hiperemia, linfoadenopatia regional, leucocitose e neutrocitose); presença de imunodepressão. Esquemas de administração: amoxicilina (500 mg), VO, em intervalos de 8 horas por 7 dias ou eritromicina (250 mg), VO, em intervalos de 6 horas por 7 dias ou claritomicina (250 mg), VO, em intervalos de 12 horas por 7 dias.



12. PERIODONTIA

Motivos de encaminhamento

- Tratamento de periodontites avançadas (bolsas periodontais acima de 04 mm com sangramento e que não tenham regredido após a terapia supragengival básica);
- Raspagem e alisamento radicular com envolvimento da furca:

Grau I - raspagem e alisamento subgengival e cirurgia de acesso;

Grau II - raspagem e alisamento subgengival, cirurgia de acesso, ressecção radicular e tunelização;

Grau III - raspagem e alisamento subgengival, ressecção radicular e tunelização;

- Raspagem e alisamento radicular subgengival, cirurgia de acesso;
- Cirurgia periodontal para dentística restauradora;
- Gengivectomia, gengivoplastia;
- Frenectomia labial ou lingual;
- Aumento de coroa clínica;
- Remoção cirúrgica de volume gengival;
- Curetagem radicular e periapical;

Responsabilidade por nível de atenção:

Básica: Deve-se intervir nos fatores modificadores da doença periodontal, raspagem e alisamento supragengival e subgengival, remoção de outros fatores de retenção de placa, orientações de higiene bucal e demais procedimentos cirúrgicos compatíveis com a capacidade instalada na clínica odontológica da UBS, como gengivectomia, aumento de coroa clínica gengival entre outros procedimentos de baixa complexidade, ou seja, o tratamento periodontal poderá ser realizado na Unidade Básica de Saúde conforme disponibilidade técnica e de equipamento.

Os pacientes encaminhados para o CEO deverão ter obtido na Atenção Básica explicações das causas da doença, bem como ter passado por sessões de motivação, sendo importante que se promova a apropriação destes conhecimentos.

O usuário encaminhado deverá apresentar as seguintes situações:

- Com relação ao dente: remoção total do tecido cariado, selamento com material restaurador provisório e/ou definitivo;
- Com relação à cavidade bucal: adequação do meio bucal com remoção dos focos infecciosos, raspagem supra e subgengival, remoção de excesso de restaurações entre outros que se façam necessários;
- Com relação ao paciente: deve estar motivado e demonstrando capacidade em relação ao controle de placa;

Média:

- Raspagem e alisamento radicular subgengival de maior complexidade;
- Cirurgia de acesso com curetagem subgengival;
- Gengivectomia e gengivoplastia;
- Aumento da coroa clínica;
- Remoção de hiperplasia gengival;
- Contenção dentária;
- Tunelização;

A Unidade Básica deve encaminhar pacientes com:

- Raspagem supragengival realizada em todos os sextantes;
- Instrução de higiene oral (IHO), controle de placa e profilaxia;
- Remoção de fatores retentivos de placa (polimento das restaurações);
- Adequação do meio bucal com Iônômero de vidro ou IRM;
- Tratamento de periodontite aguda (drenagem de abcesso periodontal, Guna, presença de pus): prescrever Amoxicilina 500mg associada à Metronidazol 250mg a cada 08 horas durante 07 dias;
- Para Aumento da Coroa Clínica encaminhar junto o Raio X da região a ser operada;
- Sempre encaminhar o paciente com exames laboratoriais e radiológicos (bem executadas e reveladas que permitam uma boa visualização das estruturas importantes para a cirurgia).

Não encaminhar pacientes desinteressados no tratamento ou com dentes condenados (mobilidade vertical, raízes residuais; extração previa para início do tratamento dos demais)

Justificativa para encaminhamento: complexidade do procedimento.

Sinais e sintomas da periodontite: perda de inserção e perda óssea, associadas a sangramento espontâneo ou provocado da área subgengival e/ou supuração; aumento da profundidade de sondagem e/ou recessão gengival. Em estágios mais avançados de perda de inserção e de inflamação, pode-se observar mobilidade dentária, dificuldade de mastigação, mudança de posição dentária. Halitose também pode ser verificada.

Anamnese

Realizar anamnese detalhada observando-se os seguintes aspectos essenciais para a periodontia:

- Tabagismo (fumante ou não fumante, quantidade de cigarros por dia, há quanto tempo fuma);
- Diabetes (sim, não, tipo e controle);
- Histórico familiar de doença periodontal (pais, mãe, irmãos e parentes próximos);
- Histórico de tratamentos periodontais anteriores;
- Uso de medicamentos bloqueadores de canais de cálcio, reguladores neurológicos e imunossupressores;
- Padrões de higiene bucal;
- Auto percepção de sinais e sintomas das doenças periodontais.

Exame clínico extrabucal

É realizado por um conjunto de inspeção, palpação e avaliação funcional da forma facial, pele facial, tecidos faciais, olhos, ouvidos, nariz, glândulas parótidas, pescoço e articulação temporomandibular.

Exame clínico intrabucal

Avaliar tecidos moles, exame dental e exame periodontal observando os seguintes aspectos considerados essenciais:

Preenchimento da ficha periodontal incluindo índice de placa visível, índice de sangramento gengival, fatores retentivos de placa, profundidade de sondagem, sangramento periodontal, nível de inserção clínica e lesões de furca.

Exames complementares

- Radiografia periapical;
- Radiografia panorâmica;
- Hemograma Completo;
- Coagulograma;
- Glicemia.

Terapia medicamentosa

- Prescrição de analgésico (paracetamol 750 mg), em intervalos de 06 horas, na presença de dor;
- Em casos onde houver traumatismo tecidual pós-procedimento, dificultando o controle mecânico, deve-se prescrever solução de gluconato de clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas;
- Nas consultas subsequentes, havendo hipersensibilidade dentinária, deve-se levar em consideração, primariamente, que a hipersensibilidade dentinária é sujeita ao efeito placebo;
- Aplicação profissional de gel acidulado a 1,23% [mínimo em 04 (quatro) sessões, de acordo com o caso clínico]; de verniz com 5% de fluoreto de sódio [a cada (02) dois dias, no mínimo em 04 (quatro) sessões, de acordo com o caso] ou de oxalato de potássio (gel) [a cada 02 (dois) dias, sendo no mínimo 04 (quatro) sessões, de acordo com a necessidade do caso clínico];
- Prescrição de bochechos com solução de fluoreto de sódio a 0,2% [manipular 01 (um) litro de solução – 01 litro de água para 02 g de fluoreto de sódio em pó - sendo que o uso deste deve ser diário, por um período de 03 (três) minutos] ou de dentífrico com nitrato de potássio ou similar.

Cuidados

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bactеремia;
- Na eventualidade de não cobertura da ferida cirúrgica pós-sutura, deve-se empregar cimento cirúrgico para proteção com remoção após 07 dias;
- Na ocorrência de infecção pós-operatória, recomenda-se cobertura antibiótica:
- amoxicilina 500 mg 08/08 horas, durante 07 dias;
- em casos mais graves recomenda-se o uso da associação amoxicilina 500mg com metronidazol 250mg, de 08/08 horas, durante 07 dias (tomar junto);
- para alérgicos a penicilina, recomenda-se clindamicina 300 mg 06/06 horas, durante 07 dias;

Em casos de hemorragia, verificar a sua origem e, de acordo com a causa, considerar compressão, curetagem, sutura ou anti-hemorrágico.

Proservação

- Entre 15 e 30 dias após o término do tratamento, o paciente deverá ser reavaliado no CEO;
- Pacientes que responderam adequadamente ao tratamento retornam à Atenção Básica para manutenção;
- Pacientes que não responderam ao tratamento deverão receber alternativas adicionais, que incluem nova abordagem com ou sem cirurgia e, eventualmente, antibioticoterapia.

Observações

- Bochecho com clorexidina 0,12% é sugerido antes do início da cirurgia;
- Durante o procedimento cirúrgico, irrigações frequentes com soro fisiológico são recomendadas;

Recomendações pós-operatórias

Aplicação de frio nas primeiras 06-08 horas, não mastigar no local, alimentação líquido-pastosa, frio-gelada, restrição de controle mecânico da área operada, utilização de medicação prescrita.

Procedimentos

• Raspagem e alisamento radicular subgengival

Procedimento eletivo no tratamento das periodontites e consiste em raspagem e alisamento radicular da área subgengival, sob anestesia, para a remoção de placa bacteriana e cálculo dental. Pode ser executada com instrumentos manuais ou com combinação de ultrassom, complementado por manual.

A remoção da placa e do cálculo subgengivais, como fatores etiológicos das periodontites é a forma de tratamento reconhecida como mais eficaz. Com esse procedimento, a progressão da doença é interrompida e a cicatrização ocorre. A Raspagem tem por objetivo tratar periodontite.

• Raspagem e alisamento radicular subgengival em casos de envolvimento de furca

Procedimento eletivo no tratamento das periodontites com envolvimento de furca radicular. Consiste na raspagem e alisamento radiculares subgengival da área de furca, sob anestesia, para a remoção de placa bacteriana e cálculo dental, levando a uma superfície radicular lisa. Pode ser executada com instrumentos manuais ou com combinação de ultrassom complementado por manual.

A remoção da placa e do cálculo subgengivais, como fatores etiológicos das periodontites é a forma de tratamento reconhecido como mais eficaz. Com esse procedimento, a progressão da doença é sustada e a cicatrização ocorre. O procedimento tem como um de seus objetivos tratar lesões de furca, que são periodontites que se estabelecem na região inter-radicular. De forma geral, essas lesões apresentam as mesmas características das periodontites: perda de inserção e perda óssea, associadas ao sangramento à sondagem da área subgengival e/ou supuração; aumento da profundidade de sondagem e/ou recessão gengival. Em estágios mais avançados de perda de inserção e de inflamação, pode-se observar mobilidade dentária, dificuldade de mastigação e mudança de posição dentária. Halitose também pode ser verificada.

As lesões de furca são classificadas de acordo com o grau de comprometimento da área da furca em:

- grau I (perda de suporte horizontal não ultrapassa 1/3 da extensão da área da furca);
- grau II (perda de suporte horizontal ultrapassa 1/3 da extensão da área da furca, sem comprometimento completo da furca);
- grau III (perda de suporte horizontal completo - lado a lado). A raspagem está indicada em todos os graus de envolvimento de furca;

• Cirurgia de acesso (raspagem em campo aberto)

Procedimento cirúrgico que objetiva a utilização do instrumento de raspagem no biofilme em áreas de difícil acesso. A ausência de uma resposta adequada ao procedimento de raspagem e alisamento radicular subgengival pode estar associada à incompleta remoção do biofilme subgengival em áreas de grande profundidade de sondagem ou inacessíveis ao instrumental. Faz-se necessário nestas circunstâncias o levantamento de um retalho gengival que exponha a área inacessível.

Após o período de observação da raspagem, a não redução da profundidade de sondagem, aliada ao sangramento na região subgengival e/ou supuração são indicativos da necessidade de tratamento periodontal. Entretanto, a decisão do tratamento deve levar em consideração aspectos gerais do paciente incluindo doenças sistêmicas, tabagismo e locais, como controle inadequado da placa supragengival.

• Gengivectomia / Gengivoplastia

Procedimento cirúrgico excisional que consiste na redução da gengiva. Quando houver necessidade de aumento de coroa clínica sem intervenção óssea: cavidades de cárie, fraturas e restaurações cuja parede

cervical esteja subgengival, impossibilitando adequado tratamento restaurador, sem invasão do espaço biológico do periodonto e dentes com coroa clínica curta para procedimentos reabilitadores.

- **Frenectomia**

Consiste na remoção cirúrgica parcial ou total do freio labial, lingual e bridas musculares.

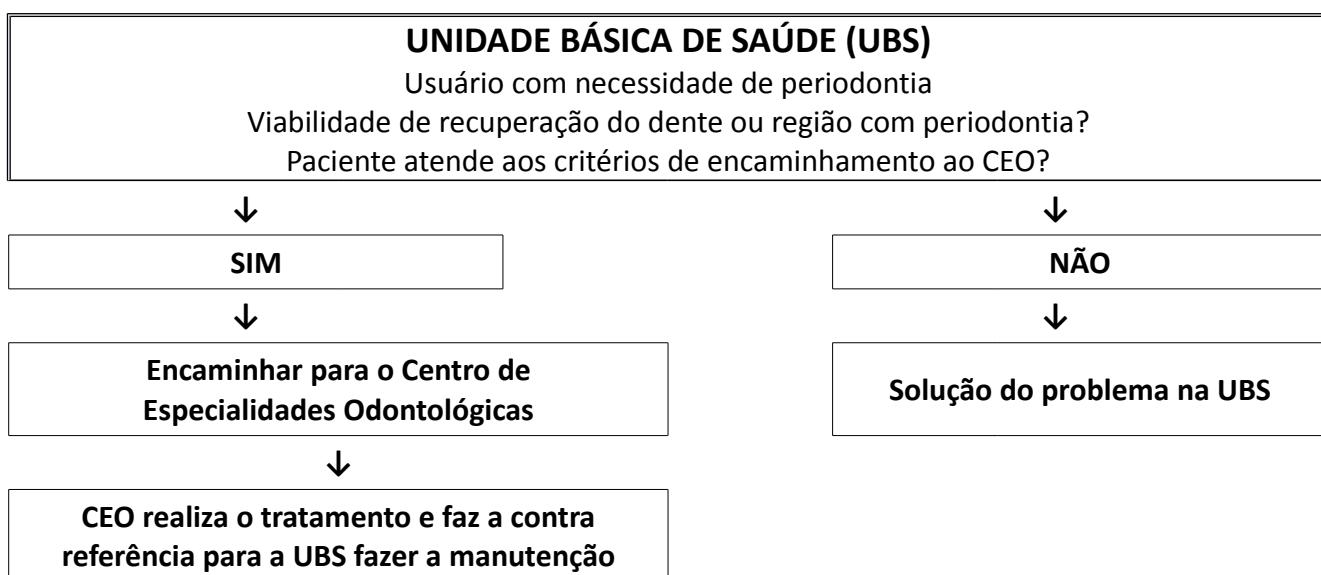
- **Aumento de coroa clínica**

Procedimento cirúrgico excisional que consiste na reposição apical da gengiva, incluindo ou não recomposição do espaço biológico através de osteotomia. Em situações em que haja necessidade de aumento de coroa clínica, tais como: cavidades de cárie, fraturas e restaurações cuja parede cervical esteja subgengival, impossibilitando adequado tratamento restaurador, sem invasão do espaço biológico do periodonto e dentes com coroa clínica curta para procedimentos reabilitadores.

- **Manejo de pacientes com aumento de volume gengival**

O manejo de pacientes com aumento de volume gengival é um conjunto de procedimentos vinculados às causas e consequências do problema.

Pessoas usuárias de bloqueadores de canais de cálcio, ciclosporina, fenitoína podem apresentar aumento de volume gengival como parte da resposta inflamatória à presença da placa supragengival. O aumento de volume gengival gera dificuldades de controle de placa, problemas estéticos, limitação de mastigação, dor, hemorragia, mau hálito, inibição social e modificação de posição dentária.



13. CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Motivos de encaminhamento

- Retenções, inclusões ou impactações dentárias;
- Dessinserções de tecidos moles;
- Exodontias complexas;
- Cirurgias ósseas e/ou de tecidos moles com finalidade protética;

- Cirurgias de lesões dentárias periapicais;
- Cirurgias estético-funcionais de tecidos moles bucais;
- Osteoplastias/osteotomias maxilares ambulatoriais.
- Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos/neoplásicos das glândulas salivares;
- Tratamento das sinusopatias maxilares de origem odontogênica;
- Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intraósseos e/ou tecidos moles;

Responsabilidade por nível de atenção:

Básica: Deverão ser realizados todos os procedimentos clínicos e cirúrgicos básicos. O usuário deverá ser encaminhado depois de realizados os procedimentos de adequação do meio bucal relacionados à presença de focos infecciosos cuja contaminação possa interferir durante a realização do procedimento cirúrgico especializado;

Média: Terão prioridade pacientes com as seguintes necessidades: frenectomia; dentes supranumerários; cirurgias pré-protéticas (hiperplasias de tecido mole e rebordos ósseos); dentes retidos, inclusos e impactados; lesões não neoplásicas de glândulas salivares; remoção de cistos; fraturas dos dentes, biópsias;

Alta: Procedimentos cirúrgicos que necessitem intervenção de um especialista em Cirurgia e Traumatologia buco-maxilo-faciais em ambiente hospitalar, para onde o CEO deve referenciar os pacientes com tais necessidades.

- Justificativa para encaminhamento: Complexidade do procedimento.

Anamnese

Deverá ser realizada anamnese, com coleta de dados da situação socioeconômica, história médica e dentária, avaliação das condições locais e sistêmicas do paciente com o objetivo de estabelecer o diagnóstico da doença corretamente, realizar o planejamento cirúrgico e identificar a melhor oportunidade para a intervenção, evitando-se assim, intercorrências durante o trans e o pós-operatório.

- Considerar os seguintes aspectos essenciais para a cirurgia:

- Cardiopatias, angina, infarto, desordens sanguíneas;
- Uso de anticoagulantes, antibióticos ou corticosteroides;
- Diabetes, hipertensão arterial, problemas de coagulação;
- Gravidez e amamentação;
- Doença pulmonar; asma, tuberculose;
- Hepatite, doença renal, DST;
- Alergia a medicamentos e substâncias;

Exame clínico extrabucal

- Palpação das faces, cadeias ganglionares cervico-faciais associadas a lesões evidentes ou não;
- Averiguação da ocorrência de queixas de sintomas recentes: febre, suor ou sudorese, perda de peso, fadiga, mal-estar, perda de apetite;
- Cabeça: cefaleia, vertigem, desmaio, insônia;
- Ouvidos: diminuição da audição, tinido (zumbido), dor;
- Olhos: embaçamento, visão dupla, lacrimejamento em excesso, secura, dor;
- Nariz e seios paranasais: rinorréia, dificuldade de respirar pelo nariz, dor, alteração do olfato;
- ATM: dor, crepitação, limitação de movimento;

- Boca: sensibilidade ou dor dentária, úlceras em lábios ou mucosas, problemas de mastigação, problemas de fala, mau hálito, restaurações ausentes, infecções dentárias;

Exame clínico intrabucal

Observar alterações na consistência, coloração e/ou sintomatologias associadas às mucosas de revestimento (mucosa jugal, assoalho bucal, ventre da língua, palato mole e lábios), mucosas mastigatórias (gengivas e palato duro), mucosas especializadas (dorso da língua), rebordos ósseos e oclusão dentária.

Exames complementares

- Radiografia periapical;
- Radiografia panorâmica;
- Hemograma Completo;
- Coagulograma;
- Glicemia.

Preparo prévio a ser realizado na Atenção Básica

- Todo paciente deverá receber procedimentos de controle da placa bacteriana (remoção de fatores retentivos e orientação de higiene bucal) supra e subgengival, remoção de focos infecciosos e raízes residuais;
- Sempre encaminhar o paciente com exames laboratoriais e radiografias (bem executadas e reveladas que permitam uma boa visualização das estruturas importantes para a cirurgia).

Cuidados

- Deve-se considerar a natureza cruenta do procedimento, com capacidade de gerar bacte remia;
- Considerar o risco de fraturas dentárias e/ou ósseas;
- Lesão do nervo dentário inferior ou nervo lingual na remoção dos terceiros molares inferiores;
- Medicação de controle da dor/inflamação e infecção, se for o caso;
- Considerar sempre a dificuldade técnica do procedimento e a preparação humana e do ambiente necessário para realizar tal procedimento;
- Riscos hemorrágicos;

Recomendações pós-operatórias

- Utilização da medicação prescrita;
- Aplicação de frio nas primeiras 24 horas;
- Não mastigar no local durante 10 dias;
- Alimentação líquido-pastosa, frio-gelada durante 10 dias;
- Aplicação de calor após as primeiras 48 horas;

Terapia medicamentosa

- Prescrição de analgésico (Paracetamol 750 mg) e ou anti-inflamatórios não esteroidais, em intervalos de 06 e 08 horas respectivamente, na presença de dor e inflamação;
- Deve-se considerar a prescrição de solução de Gluconato de Clorexidina a 0,12%, em intervalos de 12 horas durante sete dias;
- Prescrição de Nimesulida 100 mg a de 12 em 12 horas, durante 07 dias; em extrações múltiplas,

com complicações ou em osteotomias;

- Antibioticoterapia sempre que houver história de infecção prévia, em pacientes que realizaram mais de dois procedimentos na mesma sessão e osteotomias. Observar manuais para antibioticoterapia profilática em pacientes especiais;
- Amoxicilina 500mg de 08 em 08 horas durante 07 dias;
- Clavulin 625mg (amoxicilina + ácido clavulônico) de 08 em 08 horas durante 07 dias;
- Considerar a possibilidade de prescrever ansiolíticos via oral no pré-operatório meia hora antes da cirurgia, em pacientes ansiosos;

Procedimentos

• Cirurgia buco-dentária:

Exodontias complexas de retenções, inclusões ou impactações dentárias. O tratamento será eletivo para remoção e/ou aproveitamento de dentes inclusos, com maior frequência os terceiros molares superiores e inferiores, por indicação preventiva ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estes.

• Cirurgias de tecidos moles com finalidade protética / estética:

Cirurgias realizadas em tecidos moles bucais com a finalidade de restabelecer sua função e estética, bem como facilitar a reabilitação protética do paciente. Em inserções musculares altas que provocam retracções gengivais ou impeçam a estabilidade de próteses dentárias nos rebordos alveolares ou em freios labial e lingual que impedem a funcionalidade normal destas estruturas.

• Cirurgias ósseas alveolares com finalidade protética e ou estético-funcionais:

Alterações morfológicas dos rebordos ósseos alveolares dos maxilares que impedem a adaptação funcional de próteses e/ou exostoses ósseas dos maxilares.

Tratamento cirúrgico eletivo para remoção e/ou aproveitamento para enxertos ósseos, alterações morfológicas dos alvéolos dos maxilares e/ou exostoses ósseas, por indicação preventiva, protética, ortodôntica, periodontal ou patologias associadas a estas.

• Cirurgias de lesões dentárias periapicais:

Cirurgias com acessos cirúrgicos às raízes ou seus ápices radiculares com a finalidade de removê-las (apicectomia) e /ou retro obturá-las. Tratamento cirúrgico de dentes com insucesso do tratamento endodôntico convencional e/ou patologias associadas ao periápice dental.

• Tratamento cirúrgico dos processos infecciosos dos ossos maxilares, Cirurgias de pequenos cistos e tumores benignos intraósseos dos maxilares:

Tratamento cirúrgico para remoção ou controle dos processos infecciosos, cistos e tumores de ocorrência comum nos maxilares, de origem odontogênica ou não odontogênica.

Tratamento cirúrgico e ou medicamentoso dos processos infecciosos bacterianos, fúngicos ou virais dos maxilares e anexos, dos processos císticos, pseudo-tumorais e tumorais benignos de ocorrência comum nos maxilares.

• Tratamento dos processos infecciosos da face e das sinusopatias maxilares de origem odontogênica associadas ou não a comunicações buco-sinusais ou buco-nasais:

Procedimento cirúrgico que tem por objetivo tratar processos infecciosos de origem odontogênica, fistulosos ou não.

Tratamento cirúrgico de processos infecciosos dos seios maxilares e/ou comunicações buco-sinusais de origem odontogênica.

14. PACIENTES PERCEBIDOS COMO PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS (PNEs)

Definição

Pacientes portadores de necessidades especiais são todos os indivíduos que necessitam de cuidados especiais por tempo indeterminado ou por parte de suas vidas e seu tratamento odontológico depende de eliminar ou contornar as dificuldades existentes em função de uma limitação.

Critérios gerais

O usuário deve pertencer à equipe de referência de uma Unidade Básica de Saúde, e estar inserido dentro de um dos grupos de pacientes portadores de necessidades especiais, diagnosticado previamente por algum profissional de sua equipe de referência. O cirurgião dentista deve procurar realizar o atendimento deste paciente na própria Unidade de Saúde, encaminhando ao CEO somente nos casos onde haja efetivamente impossibilidade de tratamento.

O Cirurgião Dentista com habilitação no atendimento de pacientes PNEs faz o atendimento dos casos encaminhados pelos Cirurgiões Dentistas das Equipes de Saúde Bucal, Unidades Básicas de Saúde e outros especialistas do CEO conforme os critérios deste Protocolo.

Pacientes encaminhados por outros profissionais e/ou instituições serão agendados para avaliação com clínico geral e redirecionados para o atendimento: porta de entrada por grupo de escovação ou atendimento pela Referência Primária dos casos previstos.

Pacientes com Necessidades Especiais e não colaboradores ou com comprometimento severo, devem ser encaminhados para o atendimento primário do PNE.

Obs.: Quando não for possível o atendimento do paciente na Atenção Básica, esta encaminhará o paciente para o CEO e o cirurgião dentista especialista PNE, se necessário, para o atendimento hospitalar sob anestesia geral. O paciente deverá ter avaliação médica com laudo, diagnóstico, avaliação sistêmica e orientações médicas para que o atendimento odontológico transcorra da melhor forma possível.

Motivos de encaminhamento

- Pacientes que passaram pela UBS e foram avaliados pelo cirurgião dentista quanto à necessidade de tratamento odontológico e que não permitiram o atendimento clínico ambulatorial convencional;
- Pacientes que apresentam movimentos involuntários que coloquem em risco a sua integridade física;
- Pacientes cuja história médica e condições sistêmicas complexas necessitem de uma atenção especializada;
- Portadores de sofrimento mental, que apresentem dificuldade de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde;
- Paciente deficiente mental com comprometimento da fala e/ou que não responde a comandos identificados, não cooperativos;
- Deficientes sensoriais e físicos, quando associados a distúrbios de comportamento;
- Patologias sistêmicas crônicas, endócrino metabólicas, alterações genéticas e outras, quando associadas a distúrbio de comportamento;
- Deficiente neurológico “grave” (ex.: paralisia cerebral);
- Doenças degenerativas do sistema nervoso central, quando impossibilitados de atendimento na Unidade Básica de Saúde;
- Paciente autista;

- Pacientes Superdotados, Limítrofes e Infradotados (deficiência mental);
- Pacientes portadores de deficiência física: Paralisia cerebral, Paralisia infantil, Osteogênese imperfeita, Artrite, Acidente vascular cerebral, Distrofia muscular, Miastenia grave e Mielomeningocele;
- Síndromes e deformidades crâniofaciais:
 - Genéticos (ex.: Síndrome de Down, displasia ectodérmica);
 - Ambientais (ex.: infecções, idade da mãe);
 - Multifatoriais (ex.: deficiência mental, fissuras labiais, palatais ou lábio palatal);
- Pacientes portadores de distúrbios de comportamento, ex.: medo, ansiedade, disfunção cerebral mínima;
- Pacientes portadores de desvios psiquiátricos (neurose e psicoses);
- Portadores de deficiências sensoriais de comunicação: comunicação oral (afasia), áudio comunicação (deficiência auditiva) e distúrbios visuais (deficiência visual);
- Portadores de doenças sistêmicas crônicas como: fibrose cística do pâncreas, cardiopatia adquirida ou congênita, deficiência autoimune e vesico-bolhosa, doenças hematológicas, epilepsia, neoplasias, nefropatias e hepatopatias;
- Portadores de doenças infecto-contagiosas: Hepatites, tuberculose e HIV;
- Portadores de alterações de condições sistêmicas: irradiados de cabeça e pescoço, transplantados de órgãos, imunossuprimidos por medicamentos;

O CD responsável pelo atendimento PNE avaliará a necessidade e fará a referência do paciente que necessita de tratamento odontológico com sedação ou anestesia geral.

A Atenção Básica é responsável pelo atendimento de todos os pacientes que tenham limitações motoras (deficiência visual, auditiva, de fala, defeitos congênitos ambientais sem limitações, gestantes, bebês e idosos); além de diabéticos, hipertensos, cardiopatas, oncológicos, com sequelas de AVC sem dificuldade de locomoção, soropositivos, doentes renais e outras patologias crônicas **que estejam sob controle e não deverão ser encaminhados para o atendimento do especialista de Pacientes de Necessidades Especiais**, exceto quando estes casos forem associados a distúrbios de comportamento ou com risco cirúrgico elevado, comprovado através de laudo médico.

A referência do PNE para o especialista deverá ser devidamente preenchida, constando:

- Histórico odontológico, especificando o que foi realizado e as dificuldades encontradas e/ou experiências odontológicas anteriores;
- Relatório do médico que acompanha o paciente, detalhando o diagnóstico do quadro, medicação utilizada, possíveis limitações medicamentosas;
- Descrição de todas as medicações em uso pelo paciente;
- Por serem pacientes portadores de necessidades especiais, relatar de maneira efetiva as alterações existentes e avaliação clínica geral (sistêmica) atualizada do paciente, havendo documentos como exames laboratoriais, avaliação médica com laudo ou relatório de diagnóstico encaminhar juntamente com a ficha de referência.

Pacientes gestantes devem ter acompanhamento durante toda a gestação e no puerpério para receber tratamento e orientações sobre sua saúde bucal, bem como do bebê.

Os procedimentos odontológicos executados pelo especialista PNE:

- Promoção em saúde bucal com orientações em saúde bucal aos familiares responsáveis, cuidadores, professores de instituições da qual o paciente é assistido;
- Prevenção em saúde bucal com instrução de higiene oral, aplicação de flúor-gel ou bochecho, aplicação de cariostático, selante;
- Tratamento restaurador com confecção de restaurações provisórias em IRM para adequação do meio bucal, restaurações definitivas em amálgama, resina fotopolimerizável, cimento ionômero de vidro;
- Raspagem supragengival;
- Raspagem subgengival com bolsas até 04 mm;
- Remoção de elementos dentários com indicação.

Caso o Paciente com Necessidade Especial necessite de tratamento de canal, avaliação de lesão na mucosa, tratamento periodontal e cirurgias complexas, deverá ser feito um agendamento prévio para que o profissional responsável pela especialidade faça o atendimento no próprio consultório do PNE.

Encaminhar ao especialista PNE somente os casos com distúrbios de comportamento ou risco cirúrgico elevado e que não tenham acompanhamento com o médico da família do posto no qual é cadastrado, bem como pacientes com dificuldade de locomoção e não tenham acesso à ESB de origem.

Os pacientes portadores de HIV só deverão ser encaminhados para o atendimento especializado quando apresentarem lesão bucal avaliada por patologista ou estiverem com os Linfócitos CD4 com índices inferiores a 350. Caso contrário deverão ser atendidos na Atenção Básica.

15. ODONTOPIEDIATRIA

Critérios gerais:

O Protocolo de atendimento em Odontopediatria se preocupa com o restabelecimento e manutenção da saúde bucal do paciente infantil, incluindo educação e motivação de todo o núcleo familiar como instrumento importante para o sucesso do tratamento. Baseado no atual conhecimento a respeito da etiopatogenia da Doença Cárie, a principal vantagem deste protocolo é propor uma alternativa ao tratamento odontológico convencional clínico. Estando incorporado ao cotidiano do serviço público de Brusque, favorece e permanecerá fazendo o rompimento do ciclo repetitivo de tratamentos da odontologia curativa e promoverá o foco preventivo da saúde bucal.

Procedimentos Coletivos:

Conjunto de procedimentos de educação e prevenção em saúde bucal, que dispensa equipamentos odontológicos: são realizados de acordo com os critérios de risco social e atividade de doença, avaliados pela equipe de saúde bucal que deverá definir método de acompanhamento e encaminhamentos, com ênfase na promoção de saúde.

Palestra as gestantes, onde são abordados os temas de aleitamento materno, a não necessidade do uso de bicos e mamadeiras, transmissão de bactérias bucais, vida intrauterina e hábitos bucais, paladar,

formação e mineralização dos dentes, higiene bucal do bebê. Encaminhamento do bebê para o atendimento odontológico nos primeiros meses de vida.

Procedimentos escolares as crianças de quatro a 12 anos nas próprias escolas e creches, onde são realizados exame clínico, ensino da técnica de escovação, atividade interativa com teatros e apresentação de filmes sobre os cuidados com a saúde bucal, entrega de escova dental e aplicação tópica de flúor gel em crianças maiores de 05 anos.

A conduta de atendimento odontológico executada pelo especialista em odontopediatria:

• Atendimento ao Bebê (zero a 02 anos):

- Primeira Consulta: É feita a orientação à mãe sobre os cuidados gerais de saúde e saúde bucal;

Anamnese: preenchimento da ficha clínica, orientação à mãe, enfatizando o aleitamento materno e higiene da boca;

Exame Clínico Bucal: inspeção da cavidade bucal prestando atenção para a presença de dentes neonatais, Pérola de Epstein, anomalias congênitas, e outros. Neste momento a mãe é estimulada a trazer a criança para os retornos odontológicos onde é assegurado o atendimento da criança até sua adolescência;

- Segunda Consulta: É realizada por volta do sexto mês de vida, com nascimento dos primeiros dentes decíduos ou de acordo com a necessidade da criança;

Continuidade de orientações de higiene bucal e demonstração de técnica. Cuidados com dieta e estímulo da mastigação. Uso de colher e alimentos sólidos. As terminações nervosas da mastigação estão totalmente mialinizadas aos seis meses de idade. A criança pode então substituir o prazer de sugar pelo de mastigar alimentos.

• Crianças 02 até 10 anos:

As demais consultas devem ser trimestrais ou semestrais, de acordo com a necessidade da criança para o tratamento clínico e manutenção de sua saúde bucal e são oferecidas da seguinte maneira.

Atendimento clínico para as crianças encaminhadas das unidades de saúde, unidades escolares, creches e escolas. As quais são atendidas no Centro de Especialidades Odontológicas.

Os ciclos de vida

17. GESTANTES

A Gestante deverá ter, no mínimo, 03 consultas odontológicas (uma em cada trimestre) de acompanhamento programadas. O cirurgião dentista deverá entrar em contato com a equipe de sua Unidade de Saúde para que o médico e o enfermeiro orientem todas as gestantes sobre a importância da consulta odontológica.

O estado de saúde bucal apresentado durante a gestação tem íntima relação com a saúde geral da gestante, podendo influenciar diretamente na saúde geral e bucal do bebê.

A Odontologia para Gestante ou Odontologia Intrauterina é uma nova abordagem da Odontopediatria, onde equipes de saúde bucal trabalham, conscientizando a gestante sobre os cuidados com a sua saúde bucal e também com a saúde bucal do bebê.

A gravidez é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de bons hábitos, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influências no desenvolvimento da saúde do bebê.

Durante o período de gestação, pode ocorrer uma série de alterações no organismo da gestante que podem levar ao surgimento de problemas bucais, como:

Aumento da acidez bucal: existem relatos de alterações no pH da saliva (tornando a mais ácida) como sendo um dos fatores que predispõem e podem levar ao surgimento de cárie dentária nas gestantes. Esta hiperacidez pode ser controlada com a escovação após as refeições, períodos estes em que existe um maior desequilíbrio no pH salivar, tendendo para a acidez;

Alterações hormonais e aumento da vascularização gengival: a gengiva também passa por alterações durante a gestação, onde pode existir uma resposta exagerada dos tecidos moles gengivais aos fatores locais, que se deve ao aumento da vascularização da gengiva durante a gravidez. Além disso, pode ocorrer aumento da mobilidade dentária que pode estar associada a alterações dos hormônios, estrógeno e a progesterona. Tumores gravídicos, que aparecem geralmente entre as papilas gengivais também podem aparecer, como uma resposta mais intensa, produzindo uma zona localizada de proliferação de vasos sanguíneos e reação inflamatória mais intensa;

Náuseas, vômitos, aumento na produção de saliva ou sialorréia: existem hipóteses de hipersecreção das glândulas salivares no início da gravidez, que cessa por volta do terceiro mês e coincide com o desaparecimento da emese gravídica, ou seja, dos enjoos, regurgitações e ânsias de vômito, frequentes na gestação.

Mudança nos hábitos alimentares: principalmente no terceiro trimestre, a gestante apresenta uma diminuição na capacidade fisiológica do estômago e pode ingerir menos quantidade de alimentos, porém com maior frequência. Assim, associada à falta de cuidados com sua higiene bucal, pode haver um aumento no risco de cárie dentária devido à tendência que há de se fazer pequenas e numerosas refeições;

Diminuição dos cuidados com a higiene bucal: pesquisas demonstram que ocorrem alterações nos hábitos de higiene bucal durante a gestação, existindo ainda o enjoar ao creme dental que compromete a escovação. Embora ocorram alterações na frequência da alimentação, estas não refletem na escovação, ou seja, aumenta-se o número de refeições, o que não é acompanhado pelo aumento no número de escovações. Além disso, depois do nascimento do bebê existe a tendência da mãe em esquecer-se de si

mesma, que pode prejudicar os devidos cuidados com a sua saúde bucal, não vista nesse momento como prioridade;

São três as limitações que envolvem a prática do tratamento odontológico em pacientes grávidas: Impossibilidade de atendimentos prolongados, especialmente com a gestante em posição de decúbito dorsal;

Atenção à prescrição de medicamentos; e Cuidados na utilização da radiografia;

O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período gestacional, embora o segundo trimestre (entre o quarto e sexto mês) seja o momento mais oportuno, pois nessa fase, mãe e bebê encontram-se num período de maior estabilidade;

No primeiro trimestre, deve-se evitar o uso de medicamentos e as tomadas radiográficas, pois o bebê está se formando (período da embriogênese) e, no terceiro trimestre, a mãe está numa maior ansiedade devido à aproximação do parto;

Por volta da sexta semana gestacional, os dentes decíduos do bebê começam a se formar e a dentição permanente, a partir do quinto mês de vida intrauterina. Dessa forma, condições desfavoráveis durante a gestação, tais como: uso de medicamentos, infecções, carências nutricionais, entre outros, podem trazer problemas nos dentes em fase de formação e mineralização;

A Doença Periodontal na gravidez:

Sabe-se que infecções crônicas dos dentes e seus periodontos, mesmo que o paciente não sinta desconforto, podem resultar em lesões orgânicas insidiosas à distância, eventualmente fatais. Um acúmulo de evidências tem levado a se considerar como um todo as condições bucais e não somente como problemas de saúde isolados.

Mudanças fisiológicas na concentração de hormônio sexual feminino durante a gravidez, ciclo menstrual, puberdade, menopausa ou durante o uso de contraceptivos orais, influenciam na inflamação do tecido gengival. Estas mudanças podem causar dilatação dos capilares gengivais, permeabilidade e exsudato gengival, explicando o aumento da tendência de sangramento gengival durante a gestação. A elevação de hormônio pode afetar somente a gengiva e não o periodonto. A correlação entre a quantidade de placa bacteriana e o grau de severidade da gengivite é maior no pós-parto do que na gestação;

A gengivite gravídica, que acomete de 30 a 100% das mulheres grávidas, ocorrendo edema, eritema, aumento de sangramento, da mobilidade dentária, podendo haver uma resposta hipertrófica exagerada causando um tumor gravídico, pode estar associada ao aumento dos níveis de progesterona na circulação; O estradiol e a progesterona podem estimular a síntese de prostaglandinas na gengiva.

Várias evidências comprovaram a relação entre doenças periodontais e o nascimento de bebês de baixo peso e partos prematuros (PLBW . preterm low-birth-weight). Segundo os trabalhos de Offenbacher et al, em 1996, pacientes grávidas que apresentem doença periodontal têm 7,5 vezes mais chance de desenvolver o PLBW. Periodontites durante a gestação possibilitam prematuridade de 34 semanas e peso inferior a 2.500 gramas no nascimento e o agravamento da condição periodontal pode se constituir em fator de risco de pré-eclâmpsia. O mecanismo de associação entre doença periodontal e PLBW é de base biológica, pela estimulação da membrana fetal na síntese de prostaglandina pelas citocinas, que são produzidas pela inflamação dos tecidos periodontais (fluidos gengivais).

A influência da doença periodontal em partos de baixo peso ocorreria através de mecanismos indiretos envolvendo os mediadores inflamatórios, ou mecanismos diretos de ataques de bactérias no amnio. Pode existir uma condição subclínica desconhecida, de origem genética ou ambiental para o risco de doença periodontal. Estima-se que metade dos partos prematuros, sem fatores de risco estabelecidos, podem estar associados à doença periodontal;

É indispensável a participação das gestantes em ações programadas de saúde bucal das Unidades de Saúde, pois, através de atividades educativas de promoção de saúde, elas podem desenvolver hábitos, que além das intervenções clínicas necessárias, ajudam a manter a saúde gengival durante a gravidez e evitam o desenvolvimento de problemas periodontais;

As dúvidas mais frequentes relacionadas à saúde bucal das gestantes:

A gestante pode receber tratamento odontológico?

Sem dúvida, ela deve procurar pela equipe de saúde bucal da sua Unidade de Saúde, para participar das atividades de educação em saúde e atendimento clínico programado. Ao longo da gestação, realiza-se o acompanhamento das informações (cuidados com a saúde, controle de dieta e, cuidados especiais com a higiene bucal), além de avaliação sobre hábito adequado adquirido durante o período gestacional e puerperal.

Existem riscos quanto à utilização da anestesia local?

Não, porém, a avaliação do médico responsável pela gestante, poderá indicar, ao dentista, o tipo de anestésico mais indicado, principalmente quando houver elevações da pressão arterial.

As gestantes podem apresentar maiores riscos de perdas dos dentes?

Não. A gravidez não é responsável pelo aparecimento de cárie e nem pela perda de minerais (como o cálcio) dos dentes da mãe para formar as estruturas calcificadas (ossos) dos bebês. O aumento da atividade cariogênica está relacionado a alterações da dieta e presença de placa bacteriana devido à higiene inadequada dos dentes. Também se observa a diminuição do pH bucal, tornando-se mais ácido, o que requer uma melhor e maior frequência na higienização bucal para neutralizar esse pH.

Existem cuidados especiais para a higiene bucal?

Os cuidados são os mesmos de uma mulher não grávida: limpeza dos dentes sempre após as refeições, com uso adequado da escova dental, que deverá apresentar cerdas macias, não se esquecer de usar o fio dental e fazer a higiene da língua. A qualidade dessas escovações é muito importante. A frequência ajuda a regularizar a acidez, evitando a ação das bactérias causadoras das doenças bucais.

A gengiva inflama com mais facilidade?

A gravidez em si não causa inflamações na gengiva. Ocorre uma maior vascularização do periodonto (tecido que envolve o dente) durante a gravidez, porém, só afeta áreas já inflamadas e, não, a gengiva sadia. O que causa problemas é a presença de placa bacteriana pela higienização deficiente. Se houver sangramento da gengiva, deverá haver maior higienização desse local e, persistindo o problema, deve-se procurar orientações com a equipe de saúde bucal da Unidade de Saúde.

Existe algum fortificante que assegure uma boa dentição para o bebê?

Os fortificantes estão numa alimentação balanceada, constituída por diferentes grupos de alimentos (carnes, peixes, frutas, legumes e verduras, cereais, leite e derivados). As carências de vitaminas podem comprometer o desenvolvimento normal dos dentes. Se houver a necessidade de complementação vitamínica, deverá ser avaliada pelo serviço médico da Unidade de Saúde.

A gestante pode se submeter a fluorterapia?

Se a gestante ingerir flúor durante a gestação, não significa que o bebê terá menos cárie. O flúor poderá ser mais importante para o bebê, após a erupção dos dentes, por volta dos 06 meses de idade, através da aplicação tópica, quando houver indicações apontadas pelo Cirurgião Dentista.

Quando os dentes do bebê começam a se formar?

Na fase de embriogênese (formação e mineralização). Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes, a partir do quinto mês de vida intrauterina. Por isso que condições desfavoráveis durante a gestação, como o uso de medicamentos, infecções, deficiências nutricionais, entre outras, podem acarretar problemas.

Quais os cuidados que a gestante deverá ter em relação à saúde bucal do bebê?

Primeiramente, cuidar da sua própria saúde. O nível de saúde bucal da mãe tem relação com a saúde bucal do bebê. Hábitos familiares saudáveis serão assimilados pelas crianças e as consequências serão mais favoráveis a uma saúde bucal desejável. Alimentação saudável, higiene adequada, amamentação natural, evitando o uso de chupetas, e em casos onde isso não seja possível, usar mamadeiras e chupetas com bicos ortodônticos que poderão amenizar os problemas de má oclusão dentária.

Quando levar o bebê ao dentista?

Já nos primeiros meses de vida, mesmo antes da erupção dos primeiros dentes, os pais poderão procurar a equipe de saúde bucal das Unidades de Saúde para agendar uma consulta. Nesse primeiro contato, o Cirurgião Dentista e sua equipe reforçarão as informações e orientações importantes a respeito das causas e da transmissão da cárie, da alimentação, higiene da boca do bebê e do uso adequado do flúor.

18. BEBÊS (0 a 2 anos)

Os cuidados com o bebê

É fundamental que as equipes de saúde bucal das Unidades de Saúde iniciem precocemente ações programadas de promoção de saúde bucal para as gestantes;

Ações programadas devem ser iniciadas o mais precocemente possível, no período materno-fetal, quando são desenvolvidas ações educativas para as famílias sobre os cuidados com o bebê, independentemente do fator de risco, com atividades continuadas no pós-parto;

A prevenção da cárie dentária, através do controle da dieta pode ser desenvolvida desde a vida intrauterina, especificamente, a partir do quarto mês de gestação, período em que se inicia o desenvolvimento do paladar do bebê; portanto, a implementação de novos hábitos alimentares da mãe proporcionará uma melhor condição de saúde bucal para o seu filho;

Já nos primeiros meses de vida do bebê, podem surgir na família, os primeiros hábitos inadequados como, por exemplo, amamentação noturna, com ausência de higiene bucal e estimulação para o uso de chupetas;

Os hábitos da família, particularmente, da mãe, determinam o comportamento que os filhos adotarão;

Hábitos saudáveis são fundamentais, como, por exemplo, hábitos de higiene bucal e de alimentação equilibrada;

Uma boa alimentação significa também evitar a frequência de produtos açucarados, principalmente, os industrializados;

O açúcar natural dos alimentos é suficiente para a saúde da gestante e o desenvolvimento do bebê; A amamentação natural durante o primeiro ano de vida é fundamental para a prevenção de má oclusão;

Além da importância afetiva e nutricional, o exercício muscular durante a ordenha no peito favorece a respiração nasal e previne grande parte dos problemas de posicionamento incorreto dos dentes e das estruturas orofaciais.

Contaminação e a transmissibilidade precoce em bebês

Pode ocorrer a partir de contatos frequentes e repetitivos entre a mãe e a criança, tais como beijos na boca, uso comum de talheres e hábitos de se limpar a chupeta colocando-a na boca do adulto e logo oferecendo à criança.

Segundo Alaluusua, Renkomeni (1983), quanto mais precoce é a contaminação da criança por microorganismos cariogênicos, maiores são as possibilidades do aparecimento precoce da doença cárie; Uma gestante que apresente intensa atividade de cárie deve ser avaliada e tratada na clínica odontológica, tendo o controle de sua saúde bucal sob-responsabilidade da equipe de saúde bucal da US, para que ela tenha melhor condição bucal na hora do nascimento do seu bebê.

Dessa forma, haverá uma redução nos níveis salivares de microrganismos cariogênicos. Evidências científicas mostraram que a criança está mais propícia a adquirir microrganismos, por meio do contato, entre os 19 e 31 meses, com média de 26 meses de vida.

Esse período foi chamado por Caufield et al. 3 (1993) de janela de infectividade. No Brasil, porém, a janela de infectividade é mais precoce (Granarô, 1996) e a doença cárie atinge um número mais elevado de crianças, por hábitos inadequados de dieta (alto consumo de açúcar) e higiene bucal deficiente.

Questões relacionadas à culpabilidade, afetividade entre outras relações familiares devem ser levadas em conta no momento da abordagem educativa às famílias. A equipe de saúde bucal deve procurar formas de repassar as informações, sem, contudo, gerar problemas emocionais;

Relação entre a amamentação e o desenvolvimento facial do bebê

O recém-nascido apresenta, fisiologicamente, uma grande desproporção entre o crânio e a face, resultando clinicamente num aspecto de face curta e mandíbula pequena;

O crescimento do crânio se deve principalmente ao crescimento expansivo da massa cefálica, porém a face necessita de estímulos externos para se desenvolver. Estes estímulos são oferecidos naturalmente pela função da ordenha (amamentação), respiração e deglutição;

A ordenha no peito é um trabalho muito importante para as estruturas estomatognáticas da criança. O reflexo da sucção é desencadeado pelo toque do mamilo no palato. O sabor adocicado do leite materno é um estímulo a mais para ajudar a pega. O mamilo comprimido ritmicamente pela língua contra o palato se alonga e conduz o leite até o ponto de sucção, no limite entre palato duro e mole, jorrando o leite;

O reflexo seguinte, a preensão física é composta pelos movimentos rítmicos da onda peristáltica que vai deste a ponta da língua até o estômago. Estes movimentos são coordenados com os movimentos da ordenha. Primeiro movimento para a ordenha é o abaixamento mandibular, formando o que podemos chamar de grande boca para pegar mamilo e a maior parte possível da auréola e assim extrair o leite que está atrás dela, nas ampolas lactíferas. Quando a pega está correta, a língua fica entre os roletes gengivais e anteriorizada; e o mamilo aumentado vai até o ponto de sucção que fica no limite entre o palato duro e mole. Como segundo movimento da ordenha a mandíbula executa a protrusão mandibular e esta fase tem

por objetivo alcançar os seios lactíferos que se encontram sob a aréola. Este movimento de protrusão mandibular é o principal responsável pelo crescimento da mandíbula;

Após a protrusão mandibular ocorre a elevação desse osso, com o objetivo de comprimir ou apreender os seios lactíferos. O rolete inferior eleva-se contra o superior, a língua se justapõe mais firmemente com relação ao bico do peito e os seios lactíferos comprimidos ejetam o leite para o interior da boca. Somente a compressão não é suficiente para a extração do leite, e um movimento retrusivo inicia-se para que os rebordos e a língua, já comprimindo os seios lactíferos, tragam o leite para fora do peito, para a cavidade bucal, ocorrendo a deglutição. Estes movimentos cíclicos se repetem durante todo o período da amamentação trabalhando a musculatura e os ligamentos retrodiscais inseridos tanto no disco articular quanto no côndilo. Outro fato importante é o de que mesmo quando a mandíbula se abaixa, o mamilo permanece em contato com o palato duro por ação exclusiva da musculatura lingual.

Todo este processo estimula o crescimento ósseo facial de maneira fisiológica. Além de fornecer nutrientes para o bebê, a amamentação promove o desenvolvimento psíquico e estimula o desenvolvimento crânio facial. No momento da amamentação, os côndilos e a mandíbula do bebê são estimulados simultâneos e bilateralmente. Durante esse movimento ântero-posterior para a ordenha da mama é estabelecida a normo-oclusão.

Sob o ponto de vista do desenvolvimento facial, o peito é insubstituível, porque a amamentação natural requer um extremo esforço muscular por parte do bebê para extrair o seu alimento, estimulando o crescimento dos ossos da face e, na mamadeira, este esforço é bem menor, pois o leite sai com mais facilidade.

Os benefícios da amamentação natural

- Correto padrão de respiração;
- Correto posicionamento da língua sobre as arcadas dentárias, estimulando o vedamento labial, crescimento das arcadas e a posição correta dos dentes sobre a arcada;
- Obtenção de um adequado tônus muscular orofacial, crescimento das funções de mastigação, deglutição e fonação;
- Perfeita estimulação sensória, motora oral dos órgãos fono-articulatórios, propiciando o bom desenvolvimento da fala;
- Deglutição correta;

É recomendado amamentar no peito exclusivamente até o sexto mês.

A partir do sexto mês, já é possível introduzir alimentos através de colher e mantendo a amamentação, desmamando progressivamente. Entre um ano e um ano e meio, passa-se o leite para o copo não precisando usar mamadeira. Porém, em situações adversas, nas quais família necessite dar mamadeira ao bebê, alguns cuidados devem ser tomados: não aumentar o pequeno furo do bico do mamilo artificial, que serve para o bebê fazer a sucção, fazendo com que o mínimo fluxo do leite seja suficiente para que ele aprenda a deglutir; não acrescentar açúcar, mel, achocolatados e nem carboidratos ao leite, a não ser com recomendações médicas.

Evitar as mamadas noturnas que podem causar as cáries de mamadeira, denominadas cáries de aparecimento precoce, onde o leite fica depositado a noite inteira na região superior anterior dos dentes do bebê e depois escoa um pouco para a região posterior, causando as cáries rampantes, que provocam a destruição total desses dentes. É uma característica clínica da lesão é atacar primeiro os dentes superiores anteriores, depois os posteriores. Os dentes inferiores raramente são atacados devido a proteção da língua.

Os hábitos bucais

Hábito é a repetição de um ato (sucção de chupeta, por exemplo), com uma determinada finalidade (por exemplo, carência afetiva);

A sucção do dedo, chupeta ou mamadeira é um fator que pode interferir no desenvolvimento facial da criança, podendo levar a alterações bucais, tais como: mordida aberta, mordida cruzada, inclinação dos dentes, diastemas e alterações no padrão de deglutição. Para promover essas alterações, o hábito precisa de certa intensidade, frequência e duração ao longo do tempo.

No primeiro ano de vida o bebê ainda necessita de succão, não tendo o seio materno para suprir esta necessidade, ele precisará de mamadeira. A chupeta passa pelo mesmo processo.

Crianças com até 02 anos de idade encontram-se na fase oral, estando neste período com a sua satisfação voltada para a cavidade bucal. Em algumas crianças essa necessidade é bem maior, requerendo maiores cuidados no sentido de impedir que o hábito se transforme em vício, removendo-o quanto antes, de forma gradativa, explicando o porquê da remoção, com reforços positivos, motivado pelo amor e compreensão, usando muita criatividade para distrair a criança. No ciclo natural evolutivo, o bebê deve respirar bem, sugar e deglutir.

A sucção é um impulso presente desde o nascimento e serve de treinamento para o segundo reflexo da alimentação: a mastigação. A sucção não visa somente a nutrição, mas, também, a satisfação psicoemocional, de forma que cada bebê apresenta a sua necessidade individual de sucção que pode não ser satisfeita apenas com o aleitamento natural. Dessa forma, quando isso ocorre, a chupeta deve ser usada racionalmente; não deve ser oferecida, a qualquer sinal de desconforto, para acalmar o choro provocado por outros fatores, nem entendida como apoio emocional. Não é recomendável que o bebê durma todo o tempo com a chupeta, devido à necessidade de manter a boca fechada, enquanto dorme, para criar uma memória muscular do contato entre os lábios e favorecer a correta respiração pelo nariz.

Mesmo entendendo a chupeta como um aparelho de sucção, que também pode prevenir a sucção de dedo, é melhor que apresente as características mais anatômicas e funcionais possíveis, para não provocar danos maiores na eventualidade de se formar um hábito. A chupeta deve ter o bico compatível com o tamanho da boca e com a idade do bebê. Além disso, é importante que a direção do longo eixo do bico esteja em uma posição inclinada para cima em relação ao apoio labial.

Para os recém-nascidos, a chupeta pode ser:

De látex ou de silicone e, para os bebês de baixo peso ou prematuros o tamanho do bico deve ser adequado, para não provocar um posicionamento incorreto com uma posteriorização da língua. O disco ou apoio labial deve ser de plástico firme e maior do que a boca, do bebê para prevenir que a chupeta seja colocada inteira dentro da boca proporcionando uma vedação para que o bebê não coloque os lábios em cima do apoio. Deve ser recortado como um grão de feijão, para evitar uma consequente deformação na região anterior da arcada dentária e na base do nariz. Deve apresentar no mínimo dois furos de ventilação opostos com diâmetro de 05 mm e a distância do bico de 05 a 06 mm para favorecer a circulação do ar no rosto do bebê e prevenir irritações na pele causadas pelo acúmulo de saliva. Não precisa, obrigatoriamente, ter argola podendo possuir apenas uma saliência para que se possa puxar para estimular os exercícios de sucção ou para retirá-la da boca do bebê.

Jamais deve ser amarrada ou pendurada ao redor do pescoço do bebê com fita, corrente ou fralda, pois além de haver o risco de estrangulamento, pendurá-la e deixá-la acessível favorecerá a instalação do hábito;

Quando o bebê chora, por falta de sucção ou por necessidade de sugar mais, mesmo estando alimentado, a mãe deve estimular a sucção colocando a chupeta lentamente em contato com o contorno dos lábios do bebê e com toques leves, para que o bico seja umedecido e haja estímulo para o reflexo. O bebê, então, começa a sugar e a mãe deve segurar a chupeta e puxá-la com movimentos leves, como se fosse para retirá-la da boca, estimulando a sucção. Ao realizar esses exercícios várias vezes, a musculatura facial já deve ter trabalhado o suficiente e a função de sucção deverá ter sido concluída; o bebê não deseja mais a chupeta e o hábito não se instala.

Para a segurança do bebê, o bico e o disco de plástico devem ser inspecionados frequentemente para detecção de qualquer sinal de deterioração. Se o bico estiver inchado, rasgado ou pegajoso, a chupeta deve ser trocada. Depois de cada uso, a mãe deve verificar se o bico está bem preso ao disco de plástico para evitar acidentes.

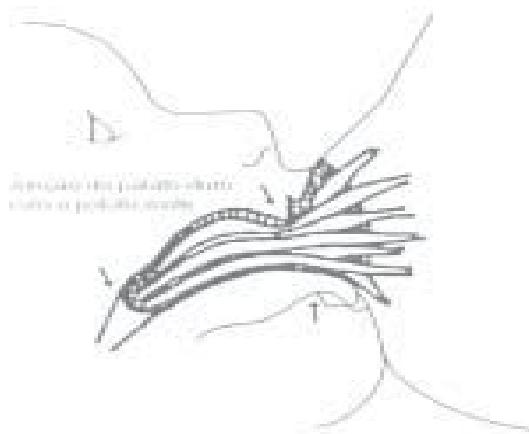
É fundamental que a equipe de saúde bucal transmita, às mães, a informação de que a chupeta deve ser utilizada exclusivamente como aparelho para complementar a sucção na fase em que o bebê necessita desse exercício funcional que é um estímulo benéfico ao crescimento e desenvolvimento dos arcos dentários. Por isso, é importante que a família realmente utilize a chupeta para satisfazer sucção, obtendo com isso, apenas os seus efeitos desejáveis. Sendo assim, após o término da fase de sucção, o bebê está apto para as fases subsequentes de crescimento e desenvolvimento.

A higiene bucal

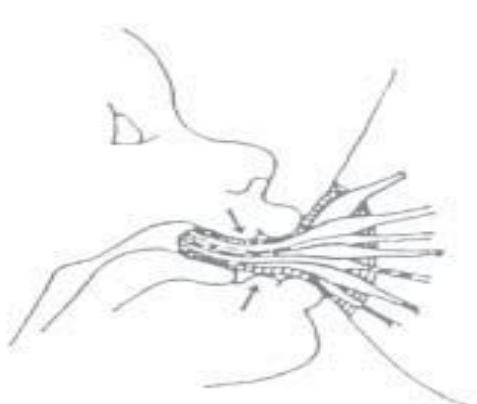
A limpeza da cavidade bucal do bebê deve ser iniciada antes mesmo da erupção dental, com a finalidade de remover o leite estagnado em seu interior e nas comissuras labiais, massagear a gengiva e acostumá-lo à manipulação da boca. Para tanto, pode ser usada uma dedeira ou gaze embebida em água filtrada que deve ser esfregada delicadamente na gengiva.

A erupção dos primeiros molares decíduos é um marco caracterizado por aumentar os sítios de retenção à placa bacteriana (biofilme dental), sendo, portanto, uma fase de maior suscetibilidade à doença cárie. Nesta fase, recomenda-se utilizar escovas dentais infantis, pois dedeiras e gaze não removem adequadamente a placa bacteriana (biofilme dental) da superfície oclusal dos dentes. Lembrar que a quantidade de dentífrico deve ser mínima, correspondendo aproximadamente a dois tufos de cerdas da escova dental, pois grande parte dele é ingerida, havendo risco de ocorrer fluorose.

PEGA CORRETA

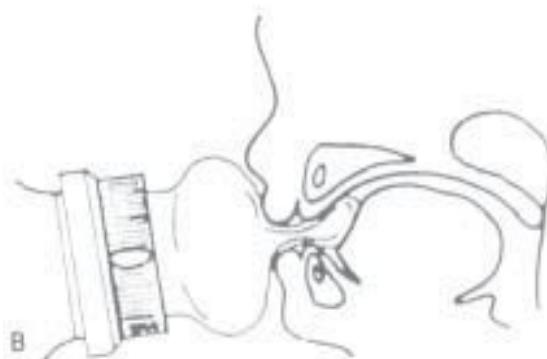


PEGA INCORRETA



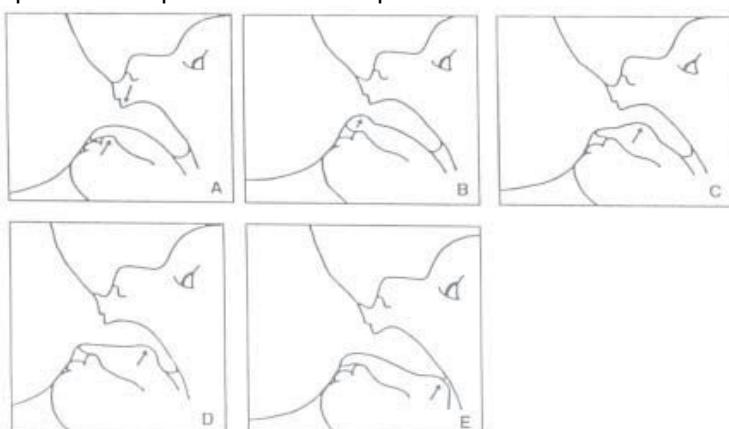
Posição da língua na sucção de bico fisiológico;

Posição da língua na sucção com bico na mamadeira



Sequência do posicionamento da língua. Mostram a passagem da onda peristáltica que conduz o leite por toda a extensão do mamilo.

ABAIXAMENTO MANDIBULAR



19. CRIANÇA (2 a 12 anos)

A primeira infância é o período ideal para introduzir bons hábitos e iniciar um programa educativo-preventivo de saúde bucal. Nessa fase é importante contar com a participação ativa da família;

A dentição mista tem início com a erupção dos primeiros molares permanentes, quando se dá o primeiro período de levantamento fisiológico da mordida; os outros dois períodos desse levantamento ocorrem pela erupção dos segundos e terceiros molares consecutivamente;

A dentição mista se encerra com a esfoliação dos molares decíduos. Como se sabe, o período de erupção da dentição mista sofre variações quanto à sua ordem, porém pode-se observar que na maior parte dos casos, as substituições dos dentes inferiores precedem ligeiramente os superiores. Uma particularidade se dá na troca dos incisivos centrais permanentes, que com frequência eruptam atrás dos decíduos e se deslocam para diante sob a influência da pressão da língua.

A erupção dental

Embora a palavra erupção propriamente signifique rompimento do dente através da gengiva, ela é geralmente entendida como sendo o movimento axial ou oclusal do dente, desde sua posição de desenvolvimento até seu posicionamento funcional no plano oclusal;

Entretanto, a erupção é apenas parte de todos os movimentos fisiológicos realizados pelo dente, porquanto nos dentes ocorrem movimentações complexas relacionadas com a manutenção de sua posição nos maxilares em crescimento e de compensação aos desgastes mastigáveis.

Os fatores locais

Os distúrbios mecânicos, bem como os processos patológicos localizados, podem alterar o plano genético de erupção;

As lesões periapicais e também a pulpotomia de um molar decíduo aceleram a erupção do pré-molar sucessor. Se o dente decíduo for extraído após o sucessor permanente ter iniciado os movimentos ativos de erupção (estágio 06, ou posteriores, de NOLLA), o dente permanente irromperá precocemente;

Se o dente decíduo for extraído antes do início dos movimentos eruptivos do permanente (antes do estágio 06 de NOLLA), é bem provável que o dente permanente atrasse sua erupção, pois o processo alveolar pode voltar a formar-se sobre o dente sucessor, tornando a erupção mais difícil e lenta;

Pode-se observar também que o apinhamento dos dentes permanentes afeta ligeiramente sua velocidade de calcificação e de erupção. Outros fatores locais são: dente decíduo anquilosado, fibrose gengival, hematoma de erupção, fatores esses que atrasam a erupção dos dentes.

Os fatores gerais

Síndrome de trissomia do 21 (Síndrome de Down) causa atraso na erupção dentária.

Na disostose cleido-craniana, o desenvolvimento está sempre retardado, sendo muito comum a dentição decidua ainda estar completa aos 15 anos de idade.

Hipopituitarismo causa atraso na erupção, nos casos mais graves, os dentes deciduos não sofrem reabsorção, podendo permanecer durante toda a vida do indivíduo. A extração dos deciduos não é indicada, pois não se pode assegurar a erupção dos permanentes.

Hipotireoidismo e raquitismo também causam atraso na erupção. Hipertireoidismo acelera a erupção provocando apinhamento (macrodontia com base óssea pequena). Influências nutricionais sobre a calcificação e a erupção são relativamente menos significantes, pois o efeito sobre a erupção dos dentes tem sido demonstrado somente nos extremos da variação nutricional.

A CRONOLOGIA DA ERUPÇÃO DENTAL

	ERUPÇÃO DOS DENTES DECÍDUOS		QUEDA DOS DENTES DECÍDUOS	
	Dentes Superiores	Dentes Inferiores	Dentes Superiores	Dentes Inferiores
Incisivos Centrais	08 meses	06 meses	07 – 08 anos	06 a 07 anos
Incisivos Laterais	10 meses	09 meses	08 a 09 anos	07 a 08 anos
Caninos	20 meses	18 meses	11 anos	10 anos
Primeiros molares	16 meses	16 meses	10 anos	11 anos
Segundos molares	29 meses	27 meses	12 anos	12 anos

ERUPÇÃO DOS DENTES PERMANENTES		
	Dentes Superiores	Dentes Inferiores
Incisivos Centrais	08 anos	07 anos
Incisivos Laterais	08 a 09 anos	07 a 08 anos
Caninos	11 anos	09 a 11 anos
Primeiros Pré-molares	11 anos	10 anos
Segundos Pré-molares	11 anos	11 anos
Primeiros molares	12 anos	12 anos
Segundos molares	17 a 30 anos	17 a 30 anos

20. ADOLESCENTE

Nestes novos tempos, tem-se observado um crescente interesse pela adolescência, pelas situações específicas que acometem esta faixa etária ou são por ela geradas e, também, pela compreensão de que este grupo de indivíduos deve ser apoiado em seu desenvolvimento pessoal. Para assumir papel de relevância na sociedade, é necessário que o adolescente tenha acesso a bens e serviços que promovam a sua saúde, educação e bem estar, sendo fundamental que a família e a equipe de saúde compreendam os processos da adolescência.

O Acolhimento ao adolescente

O acolhimento tem como objetivo humanizar e melhorar a qualidade do atendimento, ampliando o acesso dos adolescentes aos serviços prestados nas Unidades de Saúde, captando e estimulando essa faixa etária à promoção de sua saúde bucal. Este grupo deverá ser priorizado para o atendimento programado e estimulado para sua inserção no programa. É de fundamental importância saber ouvir, sem questionamentos desnecessários e, principalmente, sem censuras, dando orientações numa linguagem que seja assimilada com facilidade. Deve ser enfatizada a compreensão dos determinantes comportamentais no desenvolvimento de atitudes relacionadas com as doenças bucais.

A saúde bucal dos adolescentes tem grande importância, pois é neste período que:

A maioria dos elementos dentais permanentes de maior risco à cárie erupta na boca. Apesar da redução gradual do risco biológico à cárie observada com a aproximação da vida adulta, cresce o risco às doenças periodontais. É nesta faixa etária, principalmente no início da adolescência, que os bons hábitos de higiene são colocados de lado. Os pais já delegaram a higiene bucal para os filhos, pois já está na hora de escovar o dente sozinho. Será nesta fase que o indivíduo consolidará, se bem orientada, uma mentalidade de autocuidado que garantirá uma saúde bucal duradoura. Surge uma oportunidade para as equipes de saúde, que tanto investiram na saúde bucal das crianças, de eliminar a solução de continuidade existente entre a infância e a vida adulta.

O risco aumentado à doença periodontal fica evidente quando se observa a alta incidência de gengivites e o surgimento de uma patologia, não exclusiva, mas própria desta faixa etária, a Periodontite Juvenil Localizada ou Generalizada. A Periodontite Agressiva localizada faz parte de um grupo de doenças periodontais severas, que aparecem no início da puberdade e caracteriza-se pela destruição do periodonto de sustentação. Trata-se de uma doença crônica inflamatória, onde ocorre grande destruição óssea. Pode ser classificada de duas formas: localizada, afetando os primeiros molares e incisivos permanentes e na manifestação generalizada, todos os dentes podem ser afetados.

A Periodontite Agressiva se deve, principalmente, à invasão bacteriana dos tecidos periodontais por um grupo específico de bactérias - de nomes bem complicados - que em geral são a *A. ACTINOMYCETEMCOMITANS* e a *CAPNOCYTOPHAGA SP*. Fatores genéticos e falhos no mecanismo de defesa do hospedeiro colaboram para determinar a susceptibilidade da pessoa à infecção periodontal e à velocidade de progressão da doença. A melhor prevenção para a Periodontite Agressiva é a visita periódica aos serviços da Unidade de Saúde, pois, se houver algum problema, este será diagnosticado precocemente, e o tratamento será mais brando, com sequelas menores.

O tratamento da Periodontite Agressiva pode incluir raspagem ou cirurgia periodontal, irrigação das bolsas periodontais com tetraciclina e clorexidina e ainda administração de medicamentos (antibióticos) por via oral.

Os resultados alcançados por este tipo de tratamento em geral são satisfatórios. Quanto mais precocemente diagnosticada a doença melhor será o resultado do tratamento.

As principais características destas periodontites:

- Tem formas localizadas e generalizadas;
- Na maioria dos casos, o paciente tem um aspecto periodontal saudável;
- A quantidade de placa bacteriana é incompatível com a severa destruição periodontal;
- Pode ser caracterizada por uma tendência familiar;
- É de progressão rápida;

Além do tratamento típico para periodontite crônica, deve ser considerado para pacientes que têm periodontite agressiva:

Uma avaliação médica geral pode determinar se doença sistêmica está presente nas crianças e adultos jovens que exibem periodontite severa, particularmente se a periodontite agressiva não responder à terapêutica clássica. Somente procedimentos periodontais básicos frequentemente são ineficientes no tratamento de periodontites agressivas. Porém, nas fases iniciais da doença, o tratamento pode ser realizado com tratamento básico conjugado com terapêutica antimicrobiana ou sem a fase cirúrgica. O resultado em longo prazo pode depender da colaboração do paciente e da manutenção periodontal em intervalos apropriados, que de forma geral deve ser considerado como ideal a cada 03 meses.

Se dentes decíduos forem afetados, a erupção de dentes permanentes deve ser monitorada para se detectar possível perda de inserção. Pela potencial natureza familiar das doenças agressivas, é necessário a avaliação e aconselhamento dos familiares. Cabe à equipe de saúde bucal incorporar-se aos atendimentos de grupo de adolescentes e através de linguagem apropriada para esta faixa etária divulgar os conceitos de promoção de saúde bucal tão amplamente utilizados para a nossa clientela infantil, buscando dar sequência ao trabalho que vinha sendo desenvolvido e consolidar a ideia do autocuidado e da importância da saúde da boca para cada indivíduo.

21. ADULTO

Na vida adulta, os cuidados devem ser tomados para realização de uma boa anamnese para a identificação e diagnóstico precoce de determinadas patologias.

DIABETES MELLITUS

É uma doença que se manifesta mais significativamente acima de 45 anos e se caracteriza por uma insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada pelas alterações metabólicas dos carboidratos, lipídios e das proteínas. Essa insuficiência de insulina é provocada pelo pâncreas, ou pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina.

Os pacientes diabéticos frequentemente apresentam xerostomia (secura na boca) diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. Menos frequentemente observa-se tumefação de glândula parótida, abcessos recorrentes e aumento no número de cáries. É comum a modificação da flora bucal, havendo uma predominância de colônias de estreptococos hemolíticos e estafilococos, com tendência a candidíase oral e queilite angular. Porém, a prevalência é a doença periodontal, encontrada em 75% dos pacientes diabéticos.

Para os pacientes com diabetes, é importante que em qualquer procedimento odontológico ele esteja tranquilo, e principalmente não sinta dor, pois o medo, a ansiedade e a dor são fatores de estresse, que podem causar alterações na glicemia.

O tratamento adequado de pacientes diabéticos exige uma perfeita integração entre o trabalho do médico e do dentista, pois intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estão bem controlados, e para isso é fundamental a monitorização da glicemia. É importante a orientação, para que o paciente seja inscrito no Programa do Diabetes na Unidade de Saúde. Outro fator importante é a higiene bucal que deve ser criteriosa, pois a diabetes é um fator de risco para a periodontite, assim como dados sugerem que a periodontite também pode ser um fator de risco para o diabetes.

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Através da anamnese, quando constatada a hipertensão, é de fundamental importância a integração entre a equipe odontológica e a equipe médica/enfermagem. No prontuário eletrônico, pode-se verificar através do histórico médico, se o paciente está inscrito no Programa da Hipertensão da Unidade de Saúde, recebendo assim orientações para o controle da sua pressão arterial.

DOENÇA PERIODONTAL

Sabe-se que um dos principais problemas que acomete o paciente adulto é a doença periodontal. A identificação dos fatores de risco para as doenças periodontais é um componente necessário na avaliação e diagnóstico da periodontite nos pacientes e o seu controle, deve fazer parte do plano de tratamento. A equipe da clínica odontológica deve estar preparada para avaliar e diagnosticar os problemas periodontais, pois existem evidências de que infecções bucais severas, principalmente periodontites, são fatores de risco para doenças cardiovasculares, nascimento de bebês prematuros com baixo peso, colonização de artefatos ortopédicos, abcessos em diversos órgãos, pneumonias e interferência no controle do diabetes mellitus.

A melhor forma de evitar essas possíveis consequências é manter a saúde bucal, sob orientação profissional. Bactérias patogênicas são essenciais para o início da periodontite, porém, segundo a literatura atual, as diferenças clínicas na severidade e prevalência da periodontite crônica podem ser explicadas pela presença de fatores de risco, tal como fumo e condições sistêmicas, e pelo componente genético da doença.

- O Fumo: é considerado o maior fator de risco para o desenvolvimento da periodontite. Fumantes apresentam maior velocidade de progressão da doença e maior risco de perda dental. Os mecanismos danosos do fumo sobre os tecidos periodontais são bem variados. O fumo causa vasoconstrição nos tecidos gengivais, tem efeito deletério sobre a função leucocitária, diminui o nível sérico de anticorpos, e substâncias citotóxicas podem penetrar no epitélio prejudicando os fibroblastos;

- Diabete Mellitus: é considerado há muito tempo um fator sistêmico que predispõe e agrava a doença periodontal, mas pesquisas recentes têm sugerido o inverso, ou seja, a possibilidade da doença periodontal influenciar o curso do diabetes;

- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida: as doenças sistêmicas que comprometem a defesa do hospedeiro contra infecções, frequentemente estão associadas às doenças periodontais mais severas. Formas severas de doença periodontal destrutiva são relatadas nestes pacientes, resultando em lesões necrosantes.

Outros fatores são hoje denominados indicadores de risco: osteoporose, fatores nutricionais (baixo consumo de cálcio e vitamina C, estresse, genética);

ENDOCARDITE BACTERIANA

A Endocardite Bacteriana é um processo infeccioso da superfície do endocárdio, envolvendo geralmente as valvas cardíacas, doença essa que era fatal antes do advento dos antibióticos. Em virtude da maior incidência dos estreptococos na etiologia da endocardite bacteriana (em especial os Streptococcus viridans), microorganismos encontrados em grande quantidade na cavidade bucal, os Cirurgiões Dentistas eram considerados, até pouco tempo, os grandes causadores indiretos da doença. Entretanto, trabalhos recentes indicam que o tratamento odontológico é responsável por apenas uma pequena porcentagem de casos de endocardite bacteriana.

Portanto, os profissionais da odontologia devem ser constantemente informados sobre os diversos aspectos relacionados à prevenção da endocardite bacteriana, enfatizando-se a importância da integração dos Cirurgiões Dentistas com os Médicos Cardiologistas. Como regra geral, a profilaxia antibiótica é recomendada em todos os procedimentos odontológicos associados com sangramento excessivo:

- Extrações dentais.
- Procedimentos periodontais: cirurgias, RAP, sondagem, inserção subgengival de fibras e tiras contendo antimicrobianos e tratamento de manutenção;
- Cirurgias de colocação de implantes dentais;
- Instrumentação endodôntica ou cirurgia perirradicular;
- Injeção de anestésico local pela técnica intraligamentosa;
- Limpeza profilática de dentes ou de implantes quando há expectativa de sangramento.

CÂNCER DE BOCA

O diagnóstico precoce do Câncer Bucal é de vital importância para um bom prognóstico. Se tratado na fase inicial, a expectativa de cura é de 80 a 100%. No entanto, a proporção de diagnóstico em fase inicial é de apenas 10% dos casos e nos cânceres de língua esta taxa cai para 5%. É importante em todos os exames clínicos, verificar os tecidos moles para se observar lesões existentes, pois algumas vezes estas lesões de aparência, inocente ou irrelevante, podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do seu diagnóstico. Portanto, qualquer lesão suspeita deve ser encaminhada para o Centro de Especialidades Odontológicas para biópsia.

Os fatores de risco:

Como em outras neoplasias malignas, o câncer de boca tem seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores próprios do indivíduo. **O conhecimento sobre os fatores de risco de câncer de boca orienta que este deve ser procurado em toda a população, principalmente nos indivíduos que apresentem exposição a um ou mais fatores relacionados a seguir:**

- Idade superior a 40 anos;
- Sexo masculino;
- Tabagistas crônicos;
- Etilistas crônicos;
- Má higiene bucal;
- Desnutridos e imunodeprimidos;
- Portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal;
- Consumo excessivo e prolongado de chimarrão.

Lesões precursoras

Ao examinar o paciente deve-se estar atento a todas as alterações de mucosa, buscando detectar aquelas que tenham maior potencial de malignização.

Lesões brancas

- Leucoplasias: placas ou manchas esbranquiçadas que se apresentam na mucosa da boca, não removíveis por raspagem e são geralmente indolores;
- Líquen plano: as lesões são frequentemente múltiplas, bilaterais, estriadas e mostram-se como placas esbranquiçadas, ocasionalmente erosadas. Podem ser dolorosas ou não;
- Ceratose actínea: apresentam-se como placas esbranquiçadas que envolvem o vermelhão do lábio inferior principalmente de indivíduos de pele clara. Têm elevado potencial de degeneração maligna.

Lesões vermelhas

- Eritroplasias: placas de cor vermelha escura, circunscrita, brilhante, geralmente homogêneas e assintomáticas.

Lesões ulceradas

Decorrem de irritação mecânica contínua sobre as mais variadas regiões da boca e provocadas por arestas dentais, grampos e bordas de próteses, restaurações e próteses mal adaptadas. Toda lesão que persista por mais de 4 semanas, acompanhada de endurecimento ou tendência a sangramento, é suspeita de ter sofrido transformação maligna e deve ser submetida à biópsia.

Lesões malignas

- Carcinoma: caracteriza-se pelo rompimento do epitélio, com formação de uma úlcera de consistência e base endurecida. Exibe normalmente um fundo granuloso e grosso, com bordas elevadas circundando a lesão. Dissemina-se através da drenagem linfática para os linfonodos do pescoço, daí a importância de se apalpar detidamente essa região;
- Tumores de glândulas salivares: podem ser encontrados em qualquer localização da boca, porém ocorrem mais frequentemente no palato mole e na parte interna do lábio, onde se situam as glândulas salivares menores. Apresentam-se como tumores nodulares, delimitados, de evolução lenta e assintomática e que se ulceram somente quando atingem grande volume. Maior incidência no sexo feminino;
- Sarcomas: são tumores raros na boca, muito vascularizados e de evolução rápida. Ao contrário dos carcinomas, estes ocorrem com maior frequência em crianças e adultos jovens;
- Melanoma: mancha isolada, acastanhada, azul acinzentada ou negra, localizada nos rebordos alveolares, palato ou gengivas, independentemente do tempo de evolução, deve ser investigada;

22. IDOSO

Para o atendimento ao idoso deve-se considerar os fatores e características próprias desta faixa etária tais como: consumo de medicação contínua, estado físico e emocional, insegurança, estilo de vida e maior risco a algumas patologias bucais como o câncer bucal deve fazer parte da rotina do atendimento. Geralmente, os pacientes idosos apresentam um quadro clínico frequentemente caracterizado por edentulismo, doença periodontal, cárie de raiz, xerostomia, atrito/abrasão e lesões da mucosa bucal (candidíase, hiperplasia, eritoplasia, leucoplasia).

Este quadro precário é decorrente não só do processo de envelhecimento por si, mas principalmente de um conjunto de agravos diferenciados que atingem o idoso de maneiras distintas durante a vida. Isto estimula a busca de conhecimentos relativos às enfermidades frequentes como hipertensão arterial, acidentes vaso-encefálicos, enfermidades cardíacas, diabetes mellitus, enfermidades mentais e motoras.

O ACOLHIMENTO AO PACIENTE IDOSO

Ao preencher os dados cadastrais, preferencialmente, dirigir-se ao idoso e não ao acompanhante, que supostamente prestaria informações com maior agilidade. Dirigir-se ao acompanhante somente quando verificar que o idoso apresenta alguma dificuldade que não o permita prestar as informações adequadamente.

Demonstrar respeito e paciência. Explicar detalhadamente as etapas do processo de atendimento como consulta, exames ou marcação de consultas especializadas. O idoso muitas vezes se sente inseguro em relação às informações recebidas.

Abordar o idoso face a face para facilitar a leitura labial. O profissional, sempre que possível, deve evitar o uso da máscara clínica, neste momento. Exprimir-se com voz normal, grave, lentamente e articulando bem as palavras. Evitar falar alto. A atenção diminui, o idoso se irrita e se desinteressa pela conversação.

A atenção clínica

É imprescindível uma cuidadosa anamnese com ênfase especial à história médica, que deverá conter relatórios detalhados de exames e medicamentos que possam interferir ou mesmo impedir os procedimentos próprios da odontologia. Pacientes com diabetes e hipertensão arterial deverão estar sempre compensados durante o período do tratamento.

Paciente com doença cardiovascular preferencialmente deve ser atendido após as nove horas da manhã, pois apresenta um maior risco de morte súbita no início da manhã. Doenças cardiopulmonares e hérnias de hiato requerem um cuidado especial com o posicionamento do paciente na cadeira. Aqueles que possuem válvulas cardíacas artificiais necessitam de cobertura antibiótica para a realização de determinados procedimentos.

A perda de dentes não é um processo normal de envelhecimento, mas problemas de ordem sistêmica como a Doença de Alzheimer, artrites, câncer, diabetes e hipertensão em decorrência do uso de medicamentos que causam xerostomia, poderão levar à perda de dentes naturais do idoso.

A manutenção programada

Deve-se garantir, ao paciente idoso que teve seu tratamento completado, um retorno programado para manutenção, de acordo com as características de saúde e necessidades apresentadas.

As Patologias geriátricas de interesse, associadas ao tratamento odontológico:

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Considerando-se que mais da metade dos idosos em todo mundo é hipertensa, espera-se que, em 2025, cerca de 7% da população seja composta por idosos hipertensos. A HA é um problema de saúde comum na população geriátrica, afetando cerca de 65% das pessoas entre 65 e 74 anos (considerando-se como HA valores acima de 140/90 mm Hg). Junto a outras condições, tais como obesidade, tabagismo e diabetes mellitus, representa um fator de risco para as doenças cardíio e cérebro-vasculares. De todos estes determinantes a HA tem sido considerada o maior fator de risco para a doença cardiovascular e mortalidade para o idoso.

Para todos os idosos, hipertensos ou não, devem ser recomendadas às medidas de higiene bucal e dietéticas. Elas incluem redução do peso, caso haja obesidade, restrição de álcool, e cafeína, além de sódio na dieta, suplementação de cálcio e potássio (evitar em diabéticos, em pacientes com uso de diuréticos poupadões de potássio e naqueles com insuficiência renal), interrupção de tabagismo, incentivar exercícios físicos e técnicas de relaxamento quando o estresse estiver associado. Através da anamnese, quando constatado o paciente hipertenso, é de fundamental importância à integração entre a equipe odontológica e a equipe médica. No prontuário eletrônico pode-se verificar através do histórico médico, se o paciente é inscrito no Programa da Hipertensão da Unidade de Saúde, recebendo assim orientações para o controle da pressão arterial.

OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma doença que afeta o tecido ósseo e se caracteriza por diminuição do volume ósseo total e alteração da qualidade óssea e maior risco de fraturas. Com o aumento da expectativa de vida, a osteoporose vem tendo uma importante repercussão na saúde pública, pois é a maior causa de fraturas em idosos. Presume-se que 25 a 30% das mulheres brancas, após 40 a 50 anos, apresentam a doença. É mais comum em mulheres após a menopausa, aparecendo em homens após os 70 anos;

Fatores de risco:

- Hereditariedade: sexo feminino, estatura baixa, branca e/ou oriental, história familiar;
- Hábitos alimentares: baixa ingestão de cálcio, alta ingestão de proteínas e fósforo, alta ingestão de sódio e de café;
- Hábitos de vida: tabagismo, alcoolismo, sedentarismo;
- Antecedentes ginecológicos e obstétricos: ciclos menstruais irregulares, menopausa precoce, nuliparidade;
- Drogas: corticosteróides, anticonvulsionantes, hidróxido de alumínio, diuréticos de alça, heparina e lítio.

DOENÇA DE ALZHEIMER

Entre as muitas causas conhecidas de demência a Doença de Alzheimer é sem dúvida, a mais frequente. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença são: aumento da idade, história familiar de alzheimer, sexo feminino, história familiar de Síndrome de Down, traumatismo crânio-encefálico.

DIABETES MELLITUS

É uma doença que se manifesta mais significativamente acima de 45 anos e se caracteriza por uma insuficiência absoluta ou relativa de insulina, causada pelas alterações metabólicas dos carboidratos, lipídios e das proteínas. Essa insuficiência de insulina é provocada pelo pâncreas, ou pela falta de resposta dos tecidos periféricos à insulina.

Com base na fisiologia da doença, dois tipos são descritos: tipo I ou insulino dependente e o tipo II ou não insulino dependente. Os pacientes diabéticos frequentemente apresentam xerostomia (secura na boca) diminuição na saliva, sensibilidade dolorosa na língua e distúrbios de gustação. Menos frequentemente se observa tumefação de glândula parótida, abcessos recorrentes e aumento no número de cáries.

É comum a modificação da flora bucal, havendo uma predominância de colônias de estreptococos hemolíticos e estafilococos, com tendência a candidíase oral e queilite angular. Porém a prevalência é a doença periodontal, encontrada em 75% dos pacientes diabéticos. Para os pacientes com diabetes, é importante que em qualquer procedimento odontológico ele esteja tranquilo e, principalmente, não sinta dor, pois o medo, a ansiedade e a dor são fatores de estresse, que podem causar alterações na glicemia.

O tratamento adequado de pacientes diabéticos exige uma perfeita integração entre o trabalho do médico e do dentista, pois intervenções cirúrgicas devem ser realizadas apenas em pacientes que estão bem controlados, e para isso é fundamental a monitorização da glicemia. É importante a orientação, para que o paciente seja inscrito no Programa do Diabetes da Unidade de Saúde. Outro fator importante é a higiene bucal que deve ser criteriosa, pois, a diabetes é um fator de risco para a periodontite, assim como dados sugerem que a periodontite também pode ser um fator de risco para o diabetes.

A DOENÇA DE PARKINSON

É uma doença neurológica que afeta os movimentos da pessoa. Incurável e progressiva e sua etiologia é desconhecida. Ela causa tremores, lentidão de movimentos, desequilíbrio e pode provocar alterações na fala e na escrita. Esta doença pode afetar qualquer pessoa, sem predileção por sexo, raça, cor ou classe social. Tende a afetar pessoas mais idosas. Os primeiros sintomas geralmente aparecem a partir dos 50 anos de idade; 1% das pessoas com mais de 65 anos têm a doença de Parkinson. O médico neurologista é o profissional indicado para diagnosticar e tratar esta doença.

CÂNCER BUCAL

É importante em todos os exames clínicos, verificar os tecidos moles para se observar lesões existentes, pois algumas vezes estas lesões de aparência, inocente ou irrelevante, podem ser sinais primários de câncer, cujo sucesso do tratamento depende da precocidade do seu diagnóstico. Os fatores de risco, lesões precursoras e outros dados estão descritos neste capítulo de Ciclos de Vida, no Adulto.